

A INFLUÊNCIA DA ARQUITECTURA NO PROCESSO DE CURA

Centro Terapêutico de Saúde Mental no contexto natural de Alburrica

Melissa Ávila Jorge

(Licenciada)

Proposta de Projecto Final de Mestrado para a obtenção do Grau de Mestre em
Arquitectura

Orientação Científica:

Professor Doutor, Pedro Jorge Dias Pimenta Rodrigues

Júri:

Orientador: Professor Doutor, Pedro Jorge Dias Pimenta Rodrigues

Presidente: Professor Doutor, Paulo Manuel dos Santos Pereira de Almeida

Vogal: Professor Doutor, Hugo José Abranches Teixeira Lopes Farias

Documento Definitivo

Lisboa, FA ULisboa, Março 2019

TÍTULO

A INFLUÊNCIA DA ARQUITECTURA NO PROCESSO DE CURA

SUBTÍTULO

CENTRO TERAPÊUTICO DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO NATURAL DE ALBURRICA

TEMA

A ARQUITECTURA COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO TRATAMENTO DE DOENÇAS DO
FORO PSICOLÓGICO

NOME

Melissa Ávila Jorge

ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA

Professor Doutor Pedro Jorge Dias Pimenta Rodrigues

Projeto elaborado para a obtenção do Grau de Mestre em Arquitectura

Lisboa, Março, 2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço, a todos os que de alguma maneira, apoiaram e influenciaram o meu percurso académico. Foram um enorme estímulo para a minha determinação na realização deste trabalho.

Um especial obrigado à minha família. Aos meus pais, por terem sempre acreditado em mim e por me transmitirem o maior ensinamento que tive nestes últimos anos – como sempre me disseste mãe, “tudo é possível, basta querer”. Graças ao vosso apoio constante e incondicional, ganhei força e incentivo para não desistir deste sonho. Ao meu irmão, pela partilha de conhecimento e experiência. Sem vocês, não seria possível.

Agradeço ao Tiago, pelo amor, carinho, encorajamento e principalmente, pela muita paciência que teve comigo ao longo destes anos. Espero que sintas que esta conquista também te pertence.

À Rita e à Vanessa, pela ajuda incansável em todas as fases de socorro e pela incontestável amizade que tenho por vocês. Foram e serão sempre, os meus pilares.

À Tânia e à Catarina, por todo o apoio que me foi dado nesta fase final. Espero que a nossa amizade se prolongue por muitos anos.

Por último, mas não menos importante, um verdadeiro obrigado ao meu orientador, professor Pedro Rodrigues, pela disponibilidade, apoio e motivação constantes. A sua partilha de conhecimento, referências e motivação foram sem dúvida uma riqueza para este projecto.

De certa forma, todos representam a minha inspiração. O meu sincero obrigado.

RESUMO

Este trabalho de mestrado aborda o tema da arquitectura como recurso terapêutico, no tratamento de doenças do foro psicológico. Procura-se perceber qual a influência do espaço arquitectónico no quotidiano dos portadores de doenças mentais. A partir de um estudo sobre a saúde mental feito através de conversas com profissionais, juntamente com o contacto de alguns doentes, terapeutas e familiares, pretende-se concretizar um espaço de consultas, actividades especializadas, terapias ocupacionais e espaços públicos qualificados, em Alburrica: um Centro Terapêutico de Saúde Mental.

Entender a maneira como os elementos do espaço, principalmente a luz, a cor, a forma, o som e os materiais, afetam de forma positiva ou negativamente na percepção do ambiente vivido, levando a diferentes comportamentos e experiências espaciais. Assim, este trabalho procura sensibilizar para a função dos arquitectos, pois esta irá definir a vivência do ser humano num espaço. Por isso, cumpre-lhes compreender estes elementos, os seus significados, atributos e benefícios, para que a vivência torne-se manifestamente assertiva.

O objectivo deste trabalho é explorar o papel da arquitectura enquanto ambiente terapêutico que estimula o processo de cura, promovendo a sensação de bem-estar social, físico e psicológico. Posto isto, e através do estudo de estratégias de concepção de ambientes terapêuticos, tenta-se demonstrar que a arquitectura tem a capacidade de provocar sensações na percepção e vivências do espaço.

Palavras-Chave:

Arquitectura Hospitalar | Psiquiatria | Saúde Mental | Evidence Based Design | Espaços Terapêuticos | Estimulação Sensorial | Humanização | Natureza

ABSTRACT

This master's thesis approaches the subject of architecture as a therapeutic resource on the treatment of psychological diseases. It seeks to understand the influence of the architectural space on the daily life of people with mental diseases. From a study about mental health done through meetings with the professionals of the area, together with the contact of some patients, therapists and relatives, it is intended to create a space of consultations, specialized activities, occupational therapies and qualified public spaces in Alburrica: A Mental Health therapeutic center.

To understand the way the space elements, mostly the light, the colour, the shape, the sound and the materials affect positively or negatively in the perception of the lived environment, leading to different behaviors and experiences related to the surrounding space. Thus, this research work seeks to sensitize the function of the architects, since this will define the human being's experience in a space. Therefore, it is up to them to understand these elements, their meanings, attributes and benefits, so that the experience becomes manifestly assertive.

The main purpose of this thesis is to explore the role of architecture while therapeutic environment that stimulates the healing process, promoting the sensation of social, physical and psychological well-being. As a result of this, and through the study of strategies of conception of therapeutic environments, it is tried to demonstrate that the architecture has the capacity to cause sensations in the perception and experiences of the surrounding space.

Key Words:

Hospital Architecture – Psychiatry – Mental Health – Evidence Based Design – Therapeutic Spaces - Sensory Stimulation – Humanization - Nature

ÍNDICE GERAL

1 INTRODUÇÃO	pág.20
1.1 Justificação temática	pág.20
1.2 Objectivos e questões de trabalho	pág.22
1.3 Metodologia	pág.23
1.4 Estrutura e desenvolvimento do trabalho	pág.24
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO / CONCEPTUAL	pág.28
2.1 A psiquiatria em Portugal	pág.28
2.1.1 Caracterização das doenças mentais	pág.28
2.1.2 Evolução dos tratamentos psiquiátricos	pág.31
2.2 Arquitectura e Saúde	pág.34
2.2.1 Desenvolvimento da Arquitectura hospitalar em Portugal	pág.34
2.2.2 O conceito <i>Evidence Based Design</i>	pág.41
2.3.3 Luz, Cor, Som, Forma e Materiais	pág.44
2.3 Princípios básicos para a concepção de um Centro Terapêutico	pág.52
2.3.1 Ambientes terapêuticos e estruturas comunitárias	pág.52
2.3.2 Requisitos espaciais de equipamentos terapêuticos	pág.56
2.3.3 Envolvente natural e Jardins terapêuticos	pág.59
2.4 Síntese	pág.62
3 PROJETOS DE REFERÊNCIA	pág.66
3.1 Fundação Champalimaud, Charles Correa	pág.66
3.2 Centro Psiquiátrico Friedrichshafen, Huber Staudt Architekten	pág.70
3.3 Sanatório de Tuberculose Paimio, Alvar Aalto	pág.72
3.4 Fundação António Manuel Sardinha, Pedro Rodrigues	pág.75
3.5 Termas Vals, Peter Zumthor	pág.79

4 ANÁLISE DO LOCAL DE INTERVENÇÃO	pág.84
4.1 Contextualização da cidade do Barreiro	pág.84
4.1.1 Análise SWOT	pág.85
4.2 Alburrica	pág.87
4.2.2 Património Arquitectónico	pág.87
4.2.1 Contexto natural	pág.89
4.3 Síntese	pág.90
5 PROJETO	pág.94
5.1 Projecto urbano	pág.94
5.1.1 Estratégias e objectivos	pág.94
5.1.2 Áreas de intervenção e soluções	pág.95
5.2 Projeto arquitectónico	pág.98
5.2.1 Área de intervenção	pág.98
5.2.2 Objectivos	pág.100
5.2.3 Programa	pág.101
5.2.4 Proposta	pág.103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	pág.118
7 BIBLIOGRAFIA	pág.122
8 ANEXOS	pág.130

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig.1 – Fotografia da fachada de um edifício devoluto da zona histórica do Barreiro

Fonte: da autora (2017)

Fig.2 – Esquema síntese sobre os objectivos deste trabalho

Fonte: da autora (2018)

Fig.3 – Gráfico referente à proporção de utentes com registo de perturbações depressivas, demências e perturbações de ansiedade, de 2011 a 2016

Fonte: in *Programa Nacional para a Saúde Mental*, pág.5

Fig.4 – Fotografia do quadro das actividades a realizar na área de dia, no Centro Comunitário de Saúde Mental de Odivelas

Fonte: da autora (2017)

Fig.5 – Sequência de fotografias da sala Snoezelen, da fundação AFID

Fonte: da autora (2017)

Fig.6 – Desenho ilustrativo da entrada de luz natural para o jardim de inverno, da Fundação AFID (2017)

Fonte: da autora (2017)

Fig.7 – Fotografia da vista do corredor para o jardim da Clínica Bom Sucesso, no Restelo

Fonte: aluna Patricia Santos (2018)

Fig.8 – Esquema do jardim terapêutico e sensorial do Hospital Garcia da Orta

Fonte: in *Os espaços e o seu impacto na cura*, pág. 22

Fig.9 – Fotografia da Fundação Champalimaud

Fonte: da autora (2018)

Fig.10 – Fotografia da janela do auditório da Fundação Champalimaud

Fonte: da autora (2018)

Fig.11 – Sequência de fotografias representativas dos espaços de transição e da comunicação interior da Fundação Champalimaud

Fonte: da autora (2018)

Fig.12 – Fotografia dos espaços interiores funcionais e de transição da Fundação Champalimaud

Fonte: da autora (2018)

Fig.13 – Fotografia da ponte de ligação dos dois edifícios da Fundação Champalimaud

Fonte: da autora (2018)

Fig.14 – Fotografia do anfiteatro, ao ar livre, da Fundação Champalimaud

Fonte: da autora (2018)

Fig.15 – Fotografia do espelho de água da Fundação Champalimaud

Fonte: da autora (2018)

Fig.16 – Fotografia da janela da esperança da Fundação Champalimaud

Fonte: da autora (2018)

Fig.17 – Fotografia do jardim da área de oncologia da Fundação Champalimaud

Fonte: da autora (2018)

Fig.18 – Sequência de fotografias do jardim tropical da Fundação Champalimaud

Fonte: da autora (2018)

Fig.19 – Sequência de fotografias do Centro Psiquiátrico Friedrichshafen

Fonte: in <https://www.archdaily.com.br/br/601552/centro-psiquiatrico-friedrichshafen-slash-huber-staudt-architekten>

Fig.20 – Fotografia do corredor amplo envidraçado do Centro Psiquiátrico Friedrichshafen

Fonte: in <https://www.archdaily.com.br/br/601552/centro-psiquiatrico-friedrichshafen-slash-huber-staudt-architekten>

Fig.21 – Fotografia de uma sala de terapia no piso térreo do Centro Psiquiátrico Friedrichshafen

Fonte: in <https://www.archdaily.com.br/br/601552/centro-psiquiatrico-friedrichshafen-slash-huber-staudt-architekten>

Fig.22 – Sequência de fotografias dos interiores do Centro Psiquiátrico Friedrichshafen

Fonte: in <https://www.archdaily.com.br/br/601552/centro-psiquiatrico-friedrichshafen-slash-huber-staudt-architekten>

Fig.23 – Fotografia do pátio central do Centro Psiquiátrico Friedrichshafen

Fonte: in <https://www.archdaily.com.br/br/601552/centro-psiquiatrico-friedrichshafen-slash-huber-staudt-architekten>

Fig.24 – Planta do piso térreo do Sanatório de Tuberculose

Fonte: in http://www.greatbuildings.com/buildings/Paimio_Sanatorium.html

Fig.25 – Fotografia da envolvente do Sanatório de Tuberculose

Fonte: in <https://www.cadblocksdownload.com/products/paimio-sanatorium-alvar-aallon>

Fig.26 – Sequencia de fotografias das fachadas do Sanatório de Tuberculose

Fonte: in <https://modernica.net/blog/alvar-aaltos-paimio-sanatorium-finland/>

Fig.27 – Corte da ala dos quartos dos pacientes do Sanatório de Tuberculose

Fonte: in http://www.greatbuildings.com/buildings/Paimio_Sanatorium.html

Fig.28 – Planta dos quartos do Sanatório de Tuberculose

Fonte: in <https://www.pinterest.co.uk/pin/829647562576971918/>

Fig.29 – Sequência de fotografias dos quartos do Sanatório de Tuberculose

Fonte: in <https://modernica.net/blog/alvar-aaltos-paimio-sanatorium-finland/>

Fig.30 – Sequência de fotografias do interior do Sanatório de Tuberculose

Fonte: in <https://modernica.net/blog/alvar-aaltos-paimio-sanatorium-finland/>

Fig.31 – Sequência de fotografias do exterior do Sanatório de Tuberculose

Fonte: in <https://modernica.net/blog/alvar-aaltos-paimio-sanatorium-finland/>

Fig.32 – Sequência de fotografias da fachada principal da Fundação António Sardinha

Fonte: da autora (2017)

Fig.33 – Sequência de fotografias do interior da Fundação António Sardinha

Fonte: da autora (2017)

Fig.34 – Sequência de fotografias representativas das entradas de luz nas zonas de circulação da Fundação António Sardinha

Fonte: da autora (2017)

Fig.35 – Fotografia da fachada dos quartos com as varandas comuns da Fundação António Sardinha

Fonte: da autora (2017)

Fig.36 – Fotografia da envolvente natural da Fundação António Sardinha

Fonte: da autora (2017)

Fig.37 – Sequência de fotografias do exterior das Termas de Vals

Fonte: in <https://www.archdaily.com.br/br/01-15500/classicos-da-arquitetura-termas-de-vals-peter-zumthor>

Fig.38 – Sequência de fotografias do interior das Termas de Vals

Fonte: in <https://www.archdaily.com.br/br/01-15500/classicos-da-arquitetura-termas-de-vals-peter-zumthor>

Fig.39 – Fotografia da relação entre água, arquitectura e paisagem das Termas de Vals

Fonte: in <https://www.archdaily.com.br/br/01-15500/classicos-da-arquitetura-termas-de-vals-peter-zumthor>

Fig.40 – Imagem actual da contextualização geográfica do Barreiro

Fonte: Google maps (2018)

Fig.41 – Tabela síntese da análise SWOT da cidade do Barreiro

Fonte: realizada no âmbito do trabalho de grupo da disciplina Laboratório de Projecto V (2017)

Fig.42 – Fotografia de uma ruína de um abrigo precário de pescadores, em Alburrica

Fonte: da autora (2017)

Fig.43 – Fotografia da Quinta Braamcamp, em Alburrica

Fonte: da autora (2017)

Fig.44 – Fotografia da Quinta Braamcamp, em Alburrica

Fonte: da autora (2017)

Fig.45 – Fotografia do moinho de maré da Quinta Braamcamp, em Alburrica

Fonte: da autora (2017)

Fig.46 – Fotografia dos moinhos de vento, de Alburrica

Fonte: da autora (2017)

Fig.47 – Sequência de fotografias referentes ao contexto natural de Alburrica

Fonte: da autora (2017)

Fig.48 – Esquema das áreas de intervenção do projecto urbano

Fonte: realizado no âmbito do trabalho da disciplina Laboratório de Projecto V (2017)

Fig.49 – Planta total das áreas de intervenção do Barreiro

Fonte: realizado no âmbito do trabalho da disciplina Laboratório de Projecto V (2017)

Fig.50 – Planta da área de intervenção da zona de Alburrica

Fonte: realizado no âmbito do trabalho da disciplina Laboratório de Projecto V (2017)

Fig.51 – Planta da área de intervenção da história e novo porto fluvial

Fonte: realizado no âmbito do trabalho da disciplina Laboratório de Projecto V (2017)

Fig.52 – Planta da área de intervenção da zona empresarial

Fonte: realizado no âmbito do trabalho da disciplina Laboratório de Projecto V (2017)

Fig.53 – Planta da área de intervenção do corredor verde

Fonte: realizado no âmbito do trabalho da disciplina Laboratório de Projecto V (2017)

Fig.54 – Planta da área de intervenção da zona piscatória

Fonte: realizado no âmbito do trabalho da disciplina Laboratório de Projecto V (2017)

Fig.55 – Esquício da implantação da proposta, pelos eixos geométricos existentes

Fonte: da autora (2019)

Fig.56 – Esquício dos percursos exteriores

Fonte: da autora (2019)

Fig.57 – Esquício da forma do edificado proposto

Fonte: da autora (2019)

Fig.58 – Esquema da posição solar

Fonte: da autora (2019)

Fig.59 – Esquema das vistas

Fonte: da autora (2019)

Fig.60 – Esquiço do pátio central

Fonte: da autora (2019)

Fig.61 – Esquiço da vista para o pátio central

Fonte: da autora (2019)

Fig.62 – Esquiços do auditório

Fonte: da autora (2019)

Fig.63 – Esquiços das funções do programa

Fonte: da autora (2019)

Fig.64 – Esquiço da forma

Fonte: da autora (2019)

Fig.65 – Esquiços das tipologias das residências

Fonte: da autora (2019)

Fig.66 – Esquiço da cor amarela nas paredes dos acessos

Fonte: da autora (2019)

Fig.67 – Esquiço da cor verde na parede do gabinete médico

Fonte: da autora (2019)

Fig.68 – Esquiço da cor laranja no tecto da passagem de vidro

Fonte: da autora (2019)

Fig.69 – Esquiço da cor vermelha na parede exterior da entrada para o pátio

Fonte: da autora (2019)

1 | INTRODUÇÃO

1.1 | JUSTIFICAÇÃO TEMÁTICA

Estima-se que em cada 100 pessoas 30 sofram, ou venham a sofrer, num ou noutro momento da vida, de problemas de saúde mental e que cerca de 12 tenham uma doença mental grave. A depressão é a doença mental mais frequente, vindo a aumentar cada vez mais. E, em cada 100 pessoas, aproximadamente, 1 sofre de esquizofrenia, acabando por ter que se recorrer ao seu internamento.¹

Os indivíduos afectados por problemas de saúde mental são cidadãos de total direito como todos os outros. E, por isso não deverão ser excluídos do resto da sociedade, mas sim apoiados no sentido da sua plena integração na família, na escola, nos locais de trabalho e na comunidade. Como tal, devem ter todas as possibilidades de ser acompanhados por especialistas na área, de forma a combaterem ou contornarem as consequências das doenças, da maneira mais adequada². Por isso, a ideia deste trabalho surge por questões afectivas (experiências familiares), mas principalmente da necessidade de melhorar ou mesmo alterar, os ambientes dos equipamentos hospitalares / terapêuticos ligados às doenças e deficiências mentais, e assim promover uma melhoria na qualidade dos tratamentos e no seu bem-estar.



Fig.1 – Fotografia da fachada de um edifício devoluto da zona histórica do Barreiro

¹ Forbrain Snoezelen Room, 2017

² Anexo 1 – Lei da Saúde Mental, Capítulo 1, Artigo 1º, 2º e 5º

Posto isto, neste trabalho final de curso, o tema será a arquitectura como apoio terapêutico nas doenças do foro psicológico. Tendo como objectivo principal comprovar a influência da arquitectura no processo de cura e, em simultâneo, alterar a visão geral de ambientes psiquiátricos como manicómios e prisões, para um local familiar e acolhedor.

Como resposta a este grande objectivo pretende-se projectar um Centro Terapêutico de Saúde Mental para a cidade do Barreiro, mais propriamente em Alburrica. Aqui, a ideia será criar um local no qual as pessoas com doenças mentais sejam acompanhadas, pós-internamento, em consultas e sessões de tratamentos e, em ocasiões mais problemáticas a nível social, familiar ou financeiro, onde será necessário o alojamento temporário nas residências assistidas. Assim, este centro terá um programa relativamente vasto, com zonas de alojamento temporário, de investigação científica, de consultas, tratamentos e espaços de estimulação sensorial com uma grande diversidade de actividades ocupacionais. Será fundamentalmente, um equipamento em que o espaço arquitectónico tem a capacidade de proporcionar bem-estar físico e emocional aos seus usuários.

Já está comprovado que se nos afastarmos da frieza e do tom extremamente formal, impessoal e assético e tornarmos o lugar mais receptivo, no mínimo, relaxamos e diminuimos o stress³. Então, é esse o propósito deste trabalho: tornar possível que, com a aplicação bem planeada de certos elementos (como iluminação, mobiliário, cores, aromas, termo-acústica, até a simples inserção de plantas, obras de arte ou de música), o conceito da unidade de tratamento, independentemente do nível de complexidade estrutural e a especificidade da doença, seja confortável e cada vez mais humanizada. Com algumas decisões estruturais e decorativas que humanizam os espaços de tratamento, a ideia central é fazer com que os pacientes possam sentir-se bem, influenciando directamente no processo de cura. E, que este local (excepto a zona de investigação) fosse completamente público e considerado um espaço de carácter forte e atractivo, de puro lazer, conforto e bem-estar.

A ideia será encarar o ambiente físico como parte importante no processo terapêutico, onde a arquitectura é apresentada como uma enorme aliada da Saúde.

³ Joana Gontijo, in *Espaços Humanizados: Arquitectura pode e deve contribuir para tornar ambientes de saúde mais acolhedores*

1.2 | OBJECTIVOS E QUESTÕES DE TRABALHO

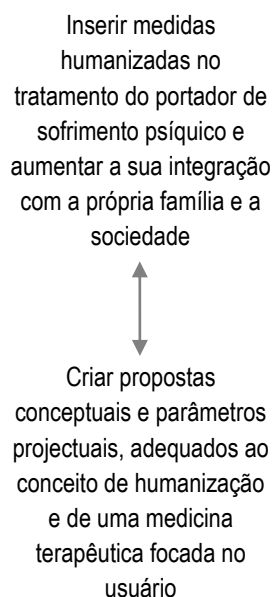


Fig.2 – Esquema síntese, da autora, sobre os objectivos

Depois de entender quem são os doentes mentais, que atitudes e comportamentos têm quando se encontram no seu processo de tratamento (durante e, principalmente, pós internamento), sigo para o meu objectivo principal – perceber o contributo da arquitectura no tratamento de doenças mentais. Ou seja, através do estudo e sintetização dos ambientes de saúde mental, tento compreender de que forma os espaços arquitectónicos podem influenciar na saúde mental dos pacientes com doenças do foro psicológico.

Com isto e com a utilização prática do conceito Evidence Based Design, a intenção será a de criar espaços humanizados, centrados no paciente, de forma a aliviar o sofrimento (sensação de exclusão social) e produzir o seu bem-estar.

“Para compreender os impactos que o espaço provoca no clima social, organizacional e terapêutico, torna-se essencial compreender como é que o homem interage com o meio: como percebe e interpreta os seus sinais, como se sente, se movimenta ou se comporta.”⁴

A principal questão deste trabalho é se a percepção do ser humano é influenciada pelos elementos arquitectónicos de forma a converter-se num método terapêutico. Posto isto, o foco desta pesquisa é procurar o significado de espaço terapêutico e aplicar os conceitos estudados para que o bem-estar dos utilizadores seja melhorado e que a arquitectura tenha um papel fundamental no seu processo de tratamento.

⁴ Elsa Figueiredo, in Luís Soczka, org. *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental*, pág. 304

1.3 | METODOLOGIA

O desenvolvimento deste trabalho começou com um esclarecimento teórico-prático referente aos pacientes em estudo e aos seus comportamentos e necessidades espaciais. Este processo de entendimento, de que doenças e doentes devo analisar, passa inicialmente por entrevistas realizadas a médicos e enfermeiros especializados na área de internamento psiquiátrico, pela observação de hospitais e clínicas com doentes do foro psiquiátrico, pela realização de leituras sobre o tema ligado a estas áreas hospitalares.

De seguida, procedi a uma pesquisa sintetizada sobre a história da psiquiatria em Portugal, os seus avanços relacionados ao tratamento do portador de sofrimento psíquico e a procura de métodos eficazes para a criação de um espaço psiquiátrico humanizado. Outra tarefa realizada foi a pesquisa de ambientes psiquiátricos e de espaços terapêuticos que existem actualmente, para perceber o que há de eficaz e o que precisa ser modificado e, isso foi feito através da selecção e análise de alguns casos de estudo.

Após a conclusão destes procedimentos, passo a seleccionar a informação, chegando aos resultados e directrizes necessárias para proceder à concepção projectual de um Centro Terapêutico de Saúde Mental. Aqui, implemento o conceito Evidence Based Design e os programas espaciais necessários para a criação de espaços humanizados, que respondam ao tema principal do trabalho e que venham a ser recomendações para futuras investigações.

Concluindo, será adotada uma metodologia de casos de estudo com uma abordagem de carácter qualitativo. Para o entendimento do tema em análise mobilizam-se várias técnicas de recolha e análise de informação, tais como: análise documental, observação directa e entrevistas.

1.4 | ESTRUTURA E DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

Este trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos principais e de seguida será realizada a descrição dos mesmos.

Neste primeiro capítulo é feita uma introdução ao trabalho desenvolvido, apresentando a justificação temática, os seus respectivos objectivos, metodologia e a estrutura do trabalho.

O segundo capítulo está dividido em três partes e é dedicado ao enquadramento teórico e conceptual. A primeira parte destina-se ao tema da psiquiatria em Portugal, onde é descrita a caracterização das doenças mentais e a evolução dos tratamentos psiquiátricos. A segunda parte foca-se no tema da arquitectura e saúde, que inclui um estudo sobre o desenvolvimento da arquitectura hospitalar, o conceito Evidence Based Design e ainda a forma como os elementos arquitectónicos, que constituem o espaço, interferem na percepção humana. Na terceira parte deste capítulo, entra-se no campo do espaço terapêutico e compreende-se como se pode aplicar as noções anteriormente estudadas. Aqui, o principal objectivo é alcançar os princípios básicos para a concepção de um centro terapêutico, feito através da definição de ambientes terapêuticos e estruturas comunitárias, juntamente com o estudo dos requisitos espaciais dos equipamentos desta natureza e de jardins terapêuticos.

Relativamente ao quarto capítulo, é feita uma pesquisa e análise sintética de alguns projectos de referência, usados como casos de estudo para a idealização deste trabalho.

Já no quinto capítulo é realizada uma análise do local de intervenção, inicialmente generalizado para a cidade do Barreiro, mas que termina numa contextualização em Alburrica.

Por fim, no quinto e último capítulo, apresenta-se o projecto urbano para a cidade do Barreiro e o projecto arquitectónico em Alburrica: Centro Terapêutico de Saúde Mental.

2 | ENQUADRAMENTO TEÓRICO / CONCEPTUAL

2.1 | A PSIQUIATRIA EM PORTUGAL

2.1.1 | CARACTERIZAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS

A Saúde Mental é parte integrante da nossa saúde, pois simboliza que estamos num estado de bem-estar e com consciência das nossas capacidades, trabalhando e contribuindo para a comunidade. Traduz-se nos comportamentos adaptados às diversas circunstâncias em que o indivíduo está envolvido, ou seja, está assente no equilíbrio das funções mentais. Pois, se o equilíbrio mental de um ser humano estiver enfraquecido, poderá afetar de forma negativa a sua aptidão de escolha, levando a uma diminuição de bem-estar a nível individual ou colectivo. Resumindo, é um facto que as pessoas estão a viver mais anos, mas com incapacidades na área da saúde mental, o que implica uma sobrecarga para a sociedade.

A perturbação mental está relacionada com o sofrimento, incapacidade ou morbilidade causados por transtornos mentais, neurológicos ou no uso de substâncias, e causa várias alterações comportamentais. A sua origem pode estar em variáveis genéticas, biológicas, psicológicas ou mesmo em circunstâncias sociais desfavoráveis. Ou seja, as perturbações mentais podem afetar qualquer pessoa e de um modo geral são caracterizadas por alterações ao nível do pensamento e das emoções, com tradução comportamental, tendo como consequência a deterioração do dia-a-dia do doente, devido às repercussões nas relações com os outros.

As perturbações mentais podem assumir de forma mais leve, interferindo de um modo pouco significativo na vida diária do doente, como por exemplo as depressões “minor” ou as perturbações de ansiedade. As perturbações mais graves, denominadas por perturbações mentais “major”, têm implicações significativas na vida do doente, chegando até a ser necessários cuidados hospitalares. São exemplos a esquizofrenia, a perturbação bipolar, a depressão major e formas graves de ansiedade. A realidade é que, o número de registos de utentes com perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e demências, tem vindo a aumentar desde 2011.

Portugal é então um dos países com maior prevalência de indivíduos portadores de doenças mentais (anexo 2). E, infelizmente, ainda existe uma percentagem importante de doentes sem acesso aos cuidados de saúde mental. Mesmo os que têm acesso a estes cuidados continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção essenciais, tais como os programas de tratamento e de reabilitação psicossocial. Por esta razão, deve-se investir cada vez mais na promoção da saúde mental, ou seja, em programas de prevenção e tratamento das doenças mentais. Portanto, o objectivo comum da saúde e da arquitectura deverá passar, essencialmente, por garantir o tratamento, acessível a todas pessoas com doenças mentais, dando ênfase à qualidade e integração máxima com a comunidade.

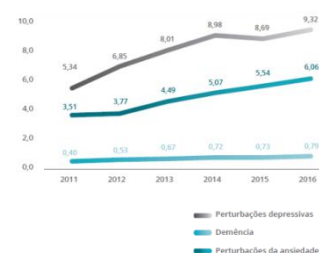


Fig.3 – Gráfico referente à proporção de utentes com registo de perturbações depressivas, demências e perturbações de ansiedade, de 2011 a 2016.

“Perturbação Mental em Números:

Números no Mundo

- 12% das doenças em todo o mundo são do foro mental, valor que sobe para os 23% nos países desenvolvidos.
- As perturbações por depressão são a terceira causa de carga global de doença (primeira nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a primeira causa a nível mundial em 2030, com agravamento provável das taxas correlatas de suicídio e parasuicídio*.
- Cinco das dez principais causas de incapacidade e de dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas: depressão (11,8%), problemas ligados ao álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), perturbação bipolar (2,4%) e demência (1,6%).
- 165 milhões de pessoas na Europa são afetadas por uma doença ou perturbação mental anualmente.
- Apenas um quarto dos doentes com perturbações mentais recebe tratamento e só 10% têm tratamento considerado adequado.
- As doenças e as perturbações mentais tornaram-se, nos últimos anos, na principal causa de incapacidade e numa das principais causas de morbilidade nas sociedades.

Números em Portugal

- Mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%).
- Portugal é o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa, sendo apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte (23,1%).
- Entre as perturbações psiquiátricas, as perturbações de ansiedade são as que apresentam uma prevalência mais elevada (16,5%), seguidas pelas perturbações do humor, com uma prevalência de 7,9%.
- As perturbações de controlo dos impulsos e as perturbações pelo abuso de substâncias registam taxas de prevalências inferiores, respetivamente, com 3,5% e 1,6% de prevalência.
- Cerca de 4% da população adulta apresenta uma perturbação mental grave, 11,6% uma perturbação de gravidade moderada e 7,3% uma perturbação de gravidade ligeira.
- As perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças em Portugal, mais do que as doenças oncológicas (10,4%) e apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%).⁷

⁷ Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

2.1.2 | EVOLUÇÃO DOS TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS

Nos anos 1000 a.C., nos livros do Antigo Testamento, já tinham surgido registos de transtornos mentais, que eram considerados como loucura, associada à fúria e à raiva. E, até ao século XVIII, estas perturbações eram vistas como incuráveis, acreditando-se que derivavam de problemas como o alcoolismo, lesões cerebrais e possessões demoníacas. Por entenderem que as pessoas poderiam ser possuidoras de demónios ou espíritos, realizavam rituais religiosos para as libertar desses males. Esses rituais consistiam numa cirurgia, denominada por trepanação, onde abriam um buraco no crânio das pessoas, com a intenção de as curar do suposto demónio, mas na realidade eram apenas vítimas de doenças mentais.

Juntamente com estas ideologias, também se deu origem à técnica da lobotomia⁸, que provoca o desligamento da parte emocional e criava um efeito tranquilizante nas pessoas mais agitadas. Contudo, os tratamentos foram evoluindo de uma maneira cada vez mais agressiva, começando até por serem usados estímulos elétricos no cérebro, para induzirem convulsões com supostos fins terapêuticos. Mas, a situação começou a complicar-se quando esta técnica, dos eletrochoques, foi utilizada como forma de punição para os pacientes mais complicados em termos comportamentais, servindo de lição a outros doentes. Aliada a esta realidade, aconteciam ainda práticas violentas como os afogamentos, onde os pacientes eram forçados a ficar no fundo de uma banheira até que fossem retirados e reanimados. Segundo a teoria da época, a suspensão dos sinais vitais resultava em novos pensamentos que os faziam afastar da loucura.

⁸ Técnica criada pelo neurologista Português António Egas Moniz, realizada pela primeira vez em 1935, que consiste numa pequena incisão que separa o feixe de fibras do lobo pré-frontal do resto do cérebro.

Resumidamente, existiu um processo de evolução positiva, dos tratamentos psiquiátricos, que passou desde os desumanos eletrochoques, afogamentos e lobotomias até aos medicamentos e terapias actuais. E, um dos principais responsáveis por este desenvolvimento é Philippe Pinel, filho e sobrinho de médicos, que foi o primeiro médico a tentar descrever e classificar algumas perturbações mentais, procurando assim um tratamento psiquiátrico humanizado. Destacou-se por ter considerado que os indivíduos que sofriam de perturbações mentais eram doentes e que ao contrário do que acontecia na época, deviam ser tratados como tal, excluindo os tratamentos violentos.

⁹ São os medicamentos mais usados no tratamento da depressão, mas podem também tratar outros problemas como a ansiedade, a dor e a insónia

¹⁰ Ajudam a reduzir os sintomas de ansiedade, nomeadamente os ataques de pânico, os medos extremos e a inquietação

¹¹ São principalmente usados para tratar as psicoses (episódios psicóticos) que podem ser resultado de uma condição física, como o abuso de drogas, ou de uma perturbação mental, como a esquizofrenia, a perturbação bipolar ou depressões muito graves

¹² São usados principalmente para tratar a perturbação bipolar mas também alterações de humor associadas a outras perturbações mentais

Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental os tratamentos actuais mais frequentes, focam-se em medicamentos, tratamentos psicológicos, psicoterapia e por vezes no próprio internamento.

Os fármacos, ou seja, os remédios, são fundamentais no tratamento das perturbações mentais, existindo vários tipos de medicamentos para tratar estas crises, tais como: antidepressivos⁹, ansiolíticos¹⁰, antipsicóticos¹¹ e os estabilizadores de humor¹².

O tratamento psicológico consiste na aplicação de técnicas específicas de intervenção psicológica, centradas no diálogo ou na ação. Em geral, nas perturbações mentais minor o tratamento psicológico pode ser suficiente, mas nas perturbações mentais major este tratamento é sempre um complemento do tratamento farmacológico.

E, a psicoterapia é uma forma de tratamento que pressupõe um diagnóstico psicológico, juntamente com a aplicação de um conjunto variado de técnicas para se atingir uma melhor compreensão de si e o auto-controlo. Alguns exemplos de psicoterapia são: a psicanálise, a terapia cognitivo-comportamental, as terapias humanistas, entre outras.

Já o internamento é uma forma de tratamento com indicações clínicas precisas, mas que tem sido cada vez mais de curta duração, sendo que o período de tratamento pós-alta é a etapa fundamental para o complemento do tratamento. Nesse sentido, o tratamento psiquiátrico moderno consiste em estadias curtas, que resultam da conjugação desse período com os contextos ambulatoriais de pós-alta e na comunidade. Assim, o objectivo principal do internamento é manter o tratamento pós-alta, através da utilização de clínicas que permitam aos doentes psiquiátricos terem um processo de integração social e autonomia.

Durante a pesquisa sobre o tema da saúde mental e os tipos de tratamento das doenças psiquiátricas, foi possível visitar o Centro Comunitário de Saúde Mental de Odivelas, onde se verificou que as actividades realizadas pós alta, neste tipo de apoios clínicos, são essenciais para a conclusão do tratamento iniciado no internamento. Estas actividades procuram situar cada pessoa no local, estação do ano, mês e dia da semana em que se encontram e, proporcionam a discussão de temas actuais e partilhas de vivências em grupo. Tornam-se assim, essenciais para suportar as competências existentes de cada individuo na sua comunidade e fomentam a entreaajuda. Daí a importância da existência de centros terapêuticos como estruturas comunitárias, para estes doentes poderem praticar actividades ocupacionais e terapêuticas, de forma a darem continuidade ao trabalho realizado no período de internamento.



Fig.4 – Fotografia do quadro das actividades a realizar na Área de Dia, na primeira semana de Dezembro, no Centro Comunitário de Saúde Mental de Odivelas

2.2 | ARQUITECTURA E SAÚDE

2.2.1 | DESENVOLVIMENTO DA ARQUITECTURA HOSPITALAR EM PORTUGAL

Segundo Luiz Carlos Toledo¹³, até chegarmos ao hospital actual, existiram várias tipologias arquitetónicas de edifícios ligados à saúde. A primeira surgiu na Grécia Antiga e consistia na deslocação dos peregrinos às Asclepieias¹⁴, para que recebessem tratamento espiritual e consequentemente serem curados. Na Idade Média a missão dos hospitais continuou a ser dar assistência espiritual aos pacientes, mas aqui começou-se a confinar aqueles que, de alguma maneira, pudessem vir a ameaçar a sociedade com as suas doenças, surgindo assim os hospícios. Em meados do século XVIII, o hospital adopta a missão de curar, passando a exercer, pela primeira vez, a função terapêutica. E é, no final do século XIX e durante o século XX, que surge a tecnologia assumindo um papel decisivo no ato de curar. No entanto, é apenas nas últimas décadas do século XX que o hospital complementa o objetivo de curar com o de cuidar. Assim, a partir do século XX até aos dias de hoje, tanto a arquitectura como a saúde, têm vindo a modificar-se de forma rápida devido aos actuais avanços tecnológicos. A forma de produzir espaços hospitalares mudou e actualmente o hospital é considerado um espaço de recuperação da vida saudável, contrapondo a antiga ideia de hospital como um lugar para morrer (anexo 3).

¹³ Em *Feitos para Cuidar*, 2008

¹⁴ O nome Asclepieias surge do Deus Asclépio – Deus da saúde e da cura. Eram templos gregos que caracterizavam a relação da arquitectura com a saúde. Localizavam-se longe das cidades, no meio do campo, junto ao mar e tinham tratamentos ligados à natureza.

Há cerca de 300 anos a.C., começou o culto ao Deus grego Asclepio, fazendo com que peregrinos se deslocassem aos seus templos para serem curados, sendo estes conhecidos como as *Asclepieias da Grécia Antiga*. Aqui, o ritual era que os doentes pernoitassem no templo e ao acordarem contassem os seus sonhos a um sacerdote que, posteriormente, receitava um remédio ou uma visita a um banho. Os doentes eram colocados

juntos às fontes de águas térmicas, para que estivessem em espaços agradáveis e em contacto com a natureza. Assim, a doença era combatida apenas quando a intervenção chegasse ao corpo e à mente, pois a base da cura estava ligada ao misticismo. Estes locais eram constituídos por um grupo de edifícios, pátios e pomares localizados em vales com muitas árvores e perto de fontes. Este templo ocupava uma posição central em relação aos outros templos menores e era ornamentado com obras de arte, tesouros e muito ouro.

Durante a Idade Média, a mentalidade das pessoas era que, a doença, o sofrimento, a pobreza e até mesmo a morte estavam submetidos à vontade divina, sendo a assistência dada aos necessitados apenas uma manifestação da compaixão de Deus. Nesta época os hospitais eram constantemente associados à ideia de morte, onde a função essencial seria o isolamento das pessoas adoecidas, visando o controlo das doenças. Assim, nas *enfermarias da Idade Média*, a recuperação era secundária e o principal seria evitar que os doentes infectassem outras pessoas, por isso nesta fase o bem-estar e conforto dos pacientes não eram importantes. Estas instituições funcionavam então, como uma estrutura de isolamento e de assistência religiosa para os pobres que não tinham recursos para ser tratados em casa e para os indivíduos que pudessem ameaçar a sociedade com a loucura ou doenças contagiosas. Sendo a circulação de ar considerada um elemento de contaminação, as aberturas eram estreitas, o que dificultava a iluminação e tornava os ambientes escuros e doentios. As enfermarias eram locais de paz e silêncio, onde os pacientes eram colocados em pequenas celas com uma ou duas camas voltadas para a janela de forma a terem contacto com a natureza.

Neste período, o papel do arquiteto era apenas reproduzir a arquitetura de templos com o desenho em nave ou cruciforme e ornamentá-la, pois acreditava-se que Deus era a autoridade suprema na saúde e por isso, o hospital cristão medieval era estruturado como a casa de Deus - um lugar onde mais do que curar a doença cuida-se da salvação da alma.

¹⁵ Michel Foucault (1926-1984) foi um filósofo francês contemporâneo que se dedicou ao estudo de vários problemas sociais, tais como a psiquiatria e a psicanálise. Licenciado em Filosofia e graduado em Psicologia Patológica, foi psicólogo em diversos hospitais e professor universitário em vários países.

¹⁶ Médico que foi nomeado pela Academia de Ciências para visitar os hospitais da Europa, pois nesta época percebeu-se que os hospitais não curavam tão bem quanto deviam.

É apenas no final do século XVIII que, como refere Foucault¹⁵ em “A microfísica do poder”, se dá a iniciativa de humanizar os hospitais. Desta forma, os médicos começam a desenvolver várias pesquisas nos hospitais com a finalidade de estabelecer diretrizes para a criação de uma nova proposta, denominada por Foucault de *Hospital Terapêutico*. Ou seja, criam um local onde a qualidade do ambiente hospitalar é associada à cura dos pacientes. Esta ideia de um hospital como instrumento terapêutico surgiu com o inquérito de Tenon¹⁶, que tinha o intuito de estabelecer um programa de reconstrução dos hospitais, uma vez que estes começaram a comprovar que o meio hospitalar propagava mais a doença do que a curava. Assim, a doença era compreendida como um fenômeno natural, mas a cura era dirigida aos elementos que a cercavam: o ar, a água, a alimentação, etc. Instalou-se então, a chamada medicina do meio, que se baseava no controle sobre o ambiente, implicando questões relativas ao espaço interno e externo do hospital.

Todas estas preocupações vão colaborar para que, através da sua organização físico-espacial, o hospital torne-se num instrumento terapêutico destinado à cura, produzindo assim algumas modificações significativas no edifício hospitalar. Deu-se uma reorganização funcional dos espaços internos, criando uma tendência à individualização do espaço, como por exemplo a separação da área da cama de cada doente. Com isto, a estrutura espacial do hospital transformou-se num meio de intervenção sobre a doença, tornando a arquitectura num

instrumento para a cura. Relativamente ao espaço externo do hospital, ou seja, à sua localização na cidade, surgiu a sua deslocação do centro da mesma. O terceiro aspeto desta transformação, é que o hospital passa a ser o lugar de formação e realização da prática médica, o que leva o médico a assumir a sua administração, que até então era privilégio das ordens religiosas. Por último, realça-se o nascimento da psiquiatria enquanto clínica especializada dentro do hospital geral, que posteriormente irá originar o hospital psiquiátrico especializado¹⁷.

Resumindo, as inovações da medicina relativas a esta época, definiram directrizes para a estruturação destes edifícios, que cuidam da organização de fluxos de pessoas e materiais, da separação dos pacientes por tipo de patologia, do número máximo de camas e o seu espaçamento, como também das dimensões das enfermarias e das condições de ventilação. Assim, a saúde e o conforto ambiental passaram a ser ideias primordiais nos espaços hospitalares.

Após a Revolução Industrial, as cidades foram invadidas por fumos poluentes resultantes da queima de carvão nas fábricas. Este ar era considerado tóxico e, conseqüentemente, como a causa de várias doenças. Por esta razão, foram desenvolvidas uma série de mudanças nos edifícios hospitalares, entre as quais, a utilização de hospitais especializados e a procura de um modelo funcional que fosse capaz de combater a propagação de doenças – o *Hospital Pavilhonar*. Neste modelo, optou-se por separar as enfermarias por pavilhões concebidos para usarem o ambiente natural como instrumento terapêutico, usufruindo assim da sua influência positiva na saúde através do ar fresco, da luz natural e das zonas verdes. Como tal, este modelo deu como prioridade o conforto ambiental e a sanidade das edificações, proporcionando uma relação com os ambientes externos e facilitando as circulações internas.

¹⁷ As primeiras idealizações de um espaço específico e terapêutico da loucura nasceram com Philippe Pinel e Esquirol, que tiveram como suporte um modelo idealizado de hospital psiquiátrico, denominado por manicómio. Os manicómios eram um lugar de classificação, onde as doenças foram divididas em compartimentos, observadas e estudadas como patologias. Neste sentido, o espaço manicomial passou de um edifício adaptado para recolher os loucos, num lugar específico para trata-los, afastando-se assim dos antigos leprosários. Ou seja, o manicómio tornou-se num instrumento de cura, que agiu através da idealização de um espaço terapêutico.

¹⁸ O modelo radial foi concebido a partir de uma planta circular, onde os pavilhões das enfermarias estão dispostos radialmente e o ponto em comum é a área central do círculo.

¹⁹ O modelo axial prevê a utilização de pavilhões livres, normalmente dispostos ao longo dos dois lados de um eixo central, que separa os homens das mulheres.

Os arquitetos desta época, final do século XVIII e início do século XIX, projectaram dois modelos de organização dos pavilhões - o modelo radial¹⁸ e o modelo axial¹⁹. Em ambos os modelos o conceito seria criar ventilações que impedissem a transmissão de doenças. E, novamente aqui, a localização também era um ponto fundamental e, por isso, eram procuradas áreas naturais, longe dos agentes de poluição.

O *Hospital Tecnológico* surgiu no final do século XIX e o início do século XX, pois foi uma época marcada por um grande desenvolvimento tecnológico e afirmação de novos modelos. Devido às inovações na construção e ao preço do solo, surgiu um novo paradigma - o monobloco vertical. Também a medicina se desenvolveu e adotou novas tecnologias, que permitiram aumentar a eficácia dos diagnósticos e dos tratamentos, assim como criar uma vastidão de especializações que tornaram o hospital naquilo que Foucault nos habituou a chamar de “máquina de curar”.

A realidade é que presenciou-se o abandono do modelo em pavilhões devido ao crescimento das cidades e ao alto custo de implantação desta tipologia, surgindo assim a necessidade de compactação e verticalização das edificações. Assim sendo, a tecnologia desenvolveu formas de produzir ar limpo usando motores que faziam o ar circular pelo edifício e, também a invenção dos elevadores possibilitou o crescimento das cidades em altura. Como consequência, a “torre hospitalar” que primeiro surgiu, como referido anteriormente, em forma de monobloco e depois, devido à sua excessiva compactação, progrediu e integrou uma componente horizontal ou vertical. Surgiram assim outros modelos, como os tipos H, K e T, em que a estratégia adotada foi a de localizar as áreas de serviço num ponto central, de modo a minimizar as distâncias a percorrer. Outra premissa dos arquitetos, foi a orientação a sul de todos os quartos dos pacientes, para que pudessem usufruir do máximo de luz solar.

Assim, no século XX, o número de hospitais expande-se consideravelmente, pois a população passa a ter maior confiança nos espaços de saúde, substituindo assim o modelo pavilhonar pelos blocos verticais com pátios exteriores e interiores. Devido aos novos processos terapêuticos e à evolução das ciências, os pacientes ficam menos tempo dentro dos hospitais, no entanto surge uma desvalorização da humanização destes espaços.

O *Hospital Contemporâneo* surge nas últimas décadas e pretende voltar a promover uma medicina que se centra no doente, onde cuidar assume a mesma importância que curar. Isto deve-se ao crescimento do número de problemas ligados à velhice e ao crescimento de doenças crónicas, sem expectativa de cura, que exigem cuidados permanentes. A realidade é que, do mesmo modo que os especialistas da saúde procuram práticas complementares como a acupuntura, para promover e sustentar esta nova forma de curar e cuidar, os arquitetos assumem o uso de terapias como a cromoterapia, a música, a meditação, as massagens, e criam assim novos espaços e ambientes inexistentes no hospital tecnológico.

Este novo conceito de hospital pretende dar potenciais propriedades de cura ao próprio edifício e também voltar a implementar na arquitetura hospitalar, a preocupação pela qualidade do ambiente, algo que foi, como referido anteriormente, muito importante no século XVIII e esquecido no hospital tecnológico.

Actualmente, atribui-se ao ambiente do hospital um impacto na recuperação dos doentes, reduzindo significativamente o stress e promovendo o processo de cura. Deste modo, surgem teorias e métodos de agir em projecto, que através do estudo das reações das pessoas a determinados estímulos, exploram os benefícios das ações externas e entendem o tipo de espaços que devem ser desenhados. Um dos atuais métodos, cujo

objetivo é juntar as pesquisas científicas com a arte de projetar, de forma a voltar a humanizar o hospital, é o Evidence Based Design. O fenómeno de descentralização de serviços aliado ao aparecimento do EBD, remete para a compreensão da evolução histórica dos espaços de saúde, pois descreve a incorporação de novas atribuições que levam à sua ruptura e desmembramento em rede. Estas transformações e inovações levam à flexibilidade dos diferentes espaços de saúde e do próprio edifício hospitalar. Hoje em dia, não existe uma regra formal para as instalações hospitalares, mas sim um consenso de que a humanização e a visão do bem-estar dos pacientes e funcionários, são cruciais para a concepção desta nova arquitectura.

Concluindo, a incursão do arquitecto como profissional na área da saúde é recente, surgindo praticamente a partir do início do século XX. Mas, já é possível considerar que há uma conexão especial entre áreas projectadas e as habilidades motoras, os sentidos, os sentimentos e os comportamentos humanos, sendo que a função do arquitecto é cada vez mais importante para a influência do bem-estar das pessoas. E, por isso, a arquitectura deve auxiliar positivamente no tratamento de doenças físicas e psicológicas. Como tal, a maior preocupação no acto de projectar deverá ser a de manter os doentes confortáveis e num ambiente familiar e seguro, de forma a criar estabilidade e saúde mental a todos os pacientes em processo de tratamento. Assim, a atenção voltada para o paciente e o modelo de assistência humanizada, desenvolvem uma maior valorização dos espaços desenhados, dos detalhes arquitetónicos e destacam para a relação das áreas internas e externas.

2.2.2 | O CONCEITO *EVIDENCE BASED DESIGN*

A arquitectura deve criar um ambiente tão familiar quanto possível, de forma a proporcionar conforto e bem-estar ao paciente. Uma edificação não é composta apenas de matéria, mas também de experiências. Por isso, a arquitectura terapêutica deve aplicar soluções mais inteligentes para se aproveitar os lugares e estimular aos seus utilizadores, boas sensações e pensamentos positivos, proporcionando-lhes assim melhores espaços para actividades que gostem de realizar. É importante não esquecer que os espaços só existem com as pessoas, então deverão ser feitos para elas, tendo sempre em consideração as suas necessidades. E, o conceito *Evidence Based Design* expressa essa preocupação de proporcionar o melhor bem-estar e conforto ao utente, assim como uma maior eficácia no trabalho dos funcionários, reduzindo os erros médicos. São basicamente soluções criativas aplicadas ao ambiente hospitalar que podem influenciar a assistência médica.

Como referido anteriormente, este conceito surge no final do século XX e advém da vontade de ligar o método científico com a arte de projetar. O Evidence Based Design (EBD) trata-se de uma metodologia de projeto assente no conceito de Medicina Baseada em Evidencia (MBE) e é o resultado da colaboração entre arquitectos, profissionais de saúde e psicólogos ambientais. O facto desta metodologia ter uma grande afinidade com a MBE, faz com que tenha sido, maioritariamente, aplicado na conceção de espaços de saúde, de forma a investigar os parâmetros de natureza arquitetónica e ambiental que afetam o bem-estar dos utilizadores. Portanto, o EBD pode ser entendido como um conjunto de linhas orientadoras para a conceção de ambientes terapêuticos, que têm como objectivo a criação de espaços de saúde humanizados, focados no bem-estar do paciente, dos seus familiares e técnicos de modo a permitir que

a recuperação e tratamento do doente sejam mais rápidos e eficazes.

²⁰ Actualmente é professora de Medicina e Psicologia e Diretora de Pesquisa Fundadora do Centro de Medicina Integrada na Universidade do Arizona, nos Estados Unidos da América. É a Diretora Fundadora do Instituto de Lugar e Bem-Estar e lançou vários livros inspiradores e informativos, que procuram responder às complexidades do século XXI, relativas ao stress, lugar, cura e bem-estar. Defende que uma pessoa doente precisa de ser tratada a nível físico, mental e espiritual.

²¹ É professor de Arquitetura no Centro de Pesquisa em Edificações de Saúde na Universidade de Tecnológica de Chalmers, na Suécia, e professor adjunto de Arquitetura na Universidade de Aalborg, na Dinamarca. Acredita que o objectivo principal do método EBD consiste na melhoria da qualidade da assistência médica e numa maior eficácia na recuperação dos doentes.

²² É um instituto de pesquisa localizado na cidade de Concord (Califórnia) que tinha um enorme interesse nesta nova abordagem que integrava design, arquitetura e conceitos de psicologia ambiental e da saúde, explorando assim um novo olhar sobre a importância do ambiente hospitalar.

Tendo como base as pesquisas e teorias de alguns autores e defensores do Evidence Based Design, tais como Esther Sternberg²⁰, Roger Ulrich²¹ e o Center for Health Design²², é possível afirmar que o EBD fornece diretrizes estratégicas que ajudam os arquitetos a projetar edifícios confortáveis, incorporando os elementos clássicos dos antigos espaços de cura, tais como: a natureza, a luz solar, o ar fresco e o silêncio. As principais estratégias programáticas consistem na criação de espaços com soluções duradoras e que sejam estimulantes, funcionais e multifuncionais, flexíveis, acessíveis, seguros e inclusivos. Já as estratégias projectuais têm maior enfoque na inserção urbana, organização espaço-funcional, fluxo de circulação, características dos espaços individuais, aparência interna e externa do edifício, assim como nas suas condições físico-construtivas, ambientais e no seu mobiliário.

De forma sintetizada os objectivos da aplicação deste método podem ser dirigidos a três grupos distintos: doentes e familiares, profissionais de saúde e o sistema organizacional/administrativo. Relativamente aos pacientes, a intenção seria proporcionar-lhes uma experiência hospitalar acolhedora e de fácil apoio familiar, contribuindo para a sua rápida melhoria no tratamento e afastando a imagem do hospital como um lugar desagradável. Desta forma, os objectivos direccionados aos profissionais de saúde seriam a redução do seu stress e o aumento da sua produtividade, inspirando-os ao desenvolvimento de novas soluções. Em relação às questões administrativas existia uma procura de soluções funcionais que melhorassem a qualidade de vida dos utentes e que rentabilizassem os recursos.

No documento *Evidence Based Environmental Design for Improving Medical Outcomes* de Ulrich é possível verificar

alguns resultados obtidos com o uso destas estratégias, tais como: o aumento da satisfação do paciente e a redução do stress e depressões; melhoria das condições de sono e também da privacidade dos mesmos; melhoria da comunicação entre pacientes, família e técnicos; e o aumento da produtividade dos técnicos, provocando uma recuperação mais rápida e eficaz.

Assim, através do estudo teórico do tema apresentado, aliado à realidade prática do futuro utilizador do espaço, é possível que o arquiteto tenha as ferramentas necessárias para projectar. A cura, que antes era exclusivamente responsabilidade do tratamento médico, com o tempo vai ganhando influências arquitectónicas, mostrando que a eficácia de um tratamento não está apenas nas mãos dos médicos, nem dos pacientes, mas também do ambiente em que estes estão inseridos. Começa então por haver uma grande tendência de hospitais com áreas amplas, jardins e exposição abundante à luz natural. Assim como, o aperfeiçoamento da ventilação interna, a redução de barulho nestes ambientes, onde também as cores são importantes e a arte é utilizada como distração.

É importante realçar que, o fim do processo não é um produto físico, mas sim uma evidência que deverá ser analisada. Pois, consiste num processo que utiliza o método científico, expondo hipóteses, fazendo testes e concluindo com resultados que têm como objectivo influenciar a conceção do projeto. Assim, este método confere aos arquitectos as ferramentas necessárias para projectar ambientes de saúde, indo ao encontro das necessidades reais da população. Comprovando ainda que a arquitectura não cura, mas influencia no processo de cura, ou seja pode funcionar como recurso terapêutico e potenciar a recuperação de um doente.

2.2.3 | LUZ, COR, SOM, FORMA E MATERIAIS

Na arquitectura, principalmente na arquitectura hospitalar, o conforto ambiental, a funcionalidade dos espaços e a sua ventilação, são factores cruciais a serem considerados para que seja possível proporcionar o melhor conforto psicológico dos pacientes. No ambiente interno, existem elementos que podem influenciar o bem-estar físico e emocional do utilizador, trazendo benefícios à sua saúde e afetando de maneira positiva o seu comportamento. Para tal, procurou-se alguns elementos que causam estímulos sensoriais aos utilizadores destes espaços, como por exemplo: a luz, a cor, o som, a forma e os materiais. Neste sentido, é necessário compreender que a percepção é um processo que ocorre no cérebro, quando este dá sentido à informação recebida pelos cinco sentidos do ser humano, ou seja, o indivíduo seleciona e organiza os estímulos que recebe, até conseguir dar-lhes um significado. E, o ambiente arquitectónico é a dimensão física, criada pela arquitectura, através do espaço construído, que estimula o utilizador. Assim, a percepção é considerada como fundamental para o meio de comunicação entre a arquitetura e o homem. Posto isto, deve-se ter como factor primordial na concepção de espaços hospitalares, principalmente de saúde mental, uma boa clareza no projeto arquitetónico. Pois, é a percepção do ambiente físico que cria os principais processos psicológicos, possibilitando a adaptação do ser humano ao seu meio físico, ou seja, é a percepção dos espaços que nos permite comunicar, interagir socialmente e vivenciar um conjunto de experiências variadas. É então, muito importante compreender a função de cada um dos elementos constituintes do espaço experienciado, tendo o objectivo que estes induzem determinadas sensações aos seus utilizadores.

A visão faz parte dos sentidos perceptivos humanos, a partir deles são provocadas reações e comportamentos. A percepção visual compreende vários tipos de percepção, como a percepção espacial, percepção de cores, percepção luminosa, entre outras. E, é o sistema visual que permite a descoberta do ambiente, encontrando variações de cores e alterações na luz. A luz é uma forma de energia e é definida pela sua qualidade no espaço, tornando-se num elemento que o influencia e modifica. A luz artificial²³ tornou-se algo totalmente comum e indispensável na vida das pessoas. Mas, infelizmente, as novas gerações de arquitectos foram perdendo o domínio da luz natural²⁴ como uma mais valia para os espaços projectados.

A luz tem efeitos psicofisiológicos muito importantes, tais como estes exemplos práticos: nos dias, curtos e escuros, de inverno as pessoas tendem a sentirem-se mais deprimidas e apáticas, já nos dias, longos e luminosos, de verão é provocada uma sensação energética e alegre. Do ponto de vista psicológico, a iluminação natural, tem efeitos positivos para a maioria das pessoas, diminuindo e prevenindo a tristeza, ansiedade, irritabilidade, sonolência e desmotivação. Alguns cientistas comportamentais concluíram que a intensidade e a duração da luz solar afeta a produção de melatonina²⁵, sendo que um espaço com a luz solar a entrar pelos vãos, aumentará a produção de serotonina²⁶, promovendo assim uma atitude mais positiva. Atualmente, com a tecnologia, a luz é utilizada em variadas terapias, como por exemplo a Fototerapia²⁷.

A expressividade da arquitetura é definida pela variedade da luz natural e da sua sombra, que cria diferentes texturas. Por isso, nesta linha de pensamento, a luz solar tem a capacidade de criar espaços estimulantes, através da sua incidência com outros materiais, por exemplo a água quando reflete a luz solar é um elemento espetacular.

Por tudo isto, a luz, tanto natural como artificial, é um dos fatores

²³ Classificada por todas as fontes de luz produzidas pelo homem, como os refletores de luz dos cinemas, os flashes das máquinas fotográficas ou até mesmo as lâmpadas que iluminam os ambientes domésticos, de trabalho ou de lazer.

²⁴ É proveniente do sol e é a mais importante fonte de iluminação para o homem. Está em constante mudança de direcção, acabando por afectar a mudança de intensidade ao longo do dia origina diferentes percepções cromáticas.

²⁵ Hormônio produzido pelo corpo para regularizar o sono e induzir calma. Equilibra os transtornos de humor, depressões e stress, provocando uma atividade física mais ativa.

²⁶ É um neurotransmissor que atua no cérebro, estabelecendo comunicação entre as células nervosas. Produz hormônios e regulariza o bater cardíaco e o apetite

²⁷ Também conhecida como Terapia da Luz, consiste numa série de tratamentos à base de processos fotoquímicos, onde é utilizada o LED para estimular ou inibir a actividade celular. É muito utilizada em recém-nascidos que nascem com icterícia, mas também pode ser útil para combater rugas e manchas na pele.

muito importantes para a promoção do conforto e qualidade nos ambientes hospitalares. Alguns dos seus benefícios são, por exemplo, proporcionar o bem-estar físico e psicológico dos usuários e também garantir conforto térmico e percepção do tempo. Sendo assim, durante o processo projectual é necessário ter em consideração a função e as actividades realizadas nos ambientes, de forma a concluir os tipos e a intensidade da luz que deverá ser utilizada.

²⁸ É um tipo de tratamento que consiste na utilização das cores para curar doenças e restaurar o equilíbrio físico e emocional do paciente. Provoca uma harmonizar ao doente, tanto a nível físico como mental, e defende que o vermelho tem propriedades estimulantes para organismo, o azul acalma, o amarelo transmite sensações de alegria e o verde é um relaxante natural.

Qualquer luz natural ou artificial que incide sobre uma superfície colorida afeta a aparência da cor. Portanto, a cor é outro elemento importante para o observador e é um dos elementos mais estudados sobre a influência que tem no homem. Por exemplo, alguns estudos recentes indicam que a cor vermelho-alaranjado atua sobre determinados sistemas psicofisiológicos que se associam à agressividade e sexualidade, assim como o cor-de-rosa claro provoca efeitos no comportamento agressivo, fazendo com que as pessoas se acalmem. Existem terapias que utilizam a cor como forma de induzir um estado de espírito, como é o caso da Cromoterapia²⁸, que tem vindo a ser utilizada em hospitais, escolas e prisões na tentativa de melhorar a qualidade desses ambientes.

Um fator importante para a clareza percetual do utilizador e para a transmissão de informação, é a interação entre as cores, que tem de ser pensada de forma a conseguir-se uma harmonia cromática. Posto isto, é evidente que é mais fácil obter-se um espaço relaxante com um esquema harmonioso, pois um esquema contrastante produz um efeito mais dinâmico e vibrante. É um facto que, o uso exagerado destas combinações podem tornar o espaço desagradável, portanto o grau de reflexão das cores tem de ser cuidado e a escolha destas composições de cores deverá ter em consideração a escala do local, a finalidade e o tipo e forma de iluminação.

*“A percepção de formas, volumes e texturas, no campo visual perceptivo, provém da classificação e organização das cores e da sua variação segundo critérios cognitivos baseados em determinadas regras e experiências anteriores.”*²⁹

Foram feitos vários estudos sobre a determinação das cores para um espaço tridimensional com harmonia, dando origem a um sistema cromático utilizado actualmente - o círculo cromático, que é composto por 12 cores e possibilitou a conclusão da existência de vários tipos de combinações harmoniosas. Estas fórmulas cromáticas são uma peça importante para o trabalho do arquiteto, pois facilitam a escolha das cores para um espaço, mantendo a certeza que estas se complementam e criam harmonia. Outro fator a ter em consideração para os projectos de arquitectura, é a qualidade psíquica de cada cor, pois estas são capazes de provocar efeitos psicológicos nas pessoas, como por exemplo: a cor vermelha é excitante porque está ligada ao fogo, ao contrário do verde que é associado à natureza, provoca um efeito tranquilizante. A cor também tem qualidades terapêuticas, podendo provocar várias reações fisiológicas, por exemplo, as cores com alta saturação e claridade aumentam a excitação (anexo 4).

*“A cor influencia as emoções, a fisiologia humana e a percepção. (...) A estimulação pela cor e sombras pode produzir efeitos terapêuticos e um espaço mais produtivo.”*³⁰

As cores também conseguem dominar as sensações térmicas do ambiente, pois num espaço com cores frias, a pessoa tende a sentir mais frio do que num ambiente com cores quentes. Este elemento também tem a capacidade de proporcionar uma nova percepção dos espaços, por exemplo, as cores de comprimento de onda pequeno (azuis e os verdes) aumentam o espaço, enquanto as cores de grande comprimento de onda (vermelhos, amarelos e laranjas) estreitam e diminuem os volumes. Através da aplicação de uma única cor num ambiente com muitas

²⁹ João Pernão in *A cor como forma do espaço definida no tempo*, pág.84.

³⁰ Elsa Figueiredo, in *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental*, pág. 308.

aberturas e formas irregulares, é possível diminuir as assimetrias e unificar o espaço. E, para o efeito contrário, ou seja, dividir um ambiente, pinta-se duas partes de um mesmo espaço com cores diferentes. A cor também pode ser utilizada de forma alternada, provocando ritmo e animação, e servindo também para setorizar espaços e determinar atividades.

*“A cor pode potenciar os objectivos do projecto de arquitectura pela sua capacidade de qualificação e transmissão sensorial do espaço.”*³¹

³¹ João Pernão in *A cor como forma do espaço definida no tempo*, pág.152.

³² Hilary Dalke, in *Um olhar sobre o design baseado em evidências*.

Portanto, a cor, se for aplicada da forma correcta, pode promover o bem-estar das pessoas, pois é uma forma de energia que influencia a mente e o comportamento. Vários cientistas e médicos que pesquisam sobre os efeitos da cor no interior das instalações médicas, acreditam que *“um hospital bem projectado pode não curar pessoas gravemente doentes, mas um hospital mal concebido e instalações deprimentes podem definitivamente afetar o tempo de recuperação de pacientes e a autoestima dos funcionários”*³²

Se a visão estiver em falta, é o sentido da audição que ajuda o utilizador a manter contacto com o espaço. Este sentido funciona através de estímulos eficientes, que provocam reações, a partir das vibrações transmitidas pelo ar. A audição é um sistema que estrutura a percepção do espaço, permitindo perceber a sua dimensão e composição. Foi então, usado de várias maneiras, principalmente para a comunicação através da fala ou música. Para adquirir informações sobre o ambiente de determinados espaços, a acústica tornou-se num elemento muito importante da arquitetura, que é manipulado de forma a conseguir diferentes tipos de propagação ou retenção do som. E, é para a minimização dos ruídos que surgem os isolamentos acústicos, como é o caso da cortiça e dos revestimentos, que podem ser mobiliários em madeira ou tecidos.

Quando a propagação do som não é bem pensada, pode causar

desconforto ao utilizador, criando por exemplo o eco, que prejudica tanto a qualidade de um projecto como a qualidade de vida dos utilizadores. Neste caso, o indivíduo pode sofrer de desconforto, nervosismo, irritação, e alteração negativa de humor, podendo ainda afetar a sua concentração. Mas, o som, apesar de poder ser insuportável, também pode ser um elemento intensamente relaxante e positivo para a diminuição da ansiedade, evocando assim uma positiva resposta emocional, que altera o humor e estimula os outros sentidos. Por isso, sendo o som um elemento variante, permite afirmar que a capacidade sonora do espaço torna-se num fator decisivo da comunicação. É um elemento tão importante como a luz e a cor, e também ele é utilizado em terapias, como é o caso da terapia por Ultrassom³³ ou da Musicoterapia³⁴.

É então muito importante para o arquiteto perceber e manipular as capacidades e funções do som, visto que este exerce uma enorme influência nas emoções dos utilizadores. Pois, no projeto arquitetónico, devem ser definidas soluções que possibilitem o isolamento acústico dos ambientes, de forma a criar espaços calmos e estimulantes. E, tanto no interior como no exterior, devem ser utilizados os sons vindos de elementos naturais, como por exemplo o uso de fontes de água.

É por isso que os arquitetos devem aplicar-se no estudo da acústica dos seus projectos, descobrindo que a forma dos espaços tem grande influência na qualidade sonora. Devem ser criadas plantas de diversas formas e disposições de mobiliários, ou mesmo uma composição de volumes, que demonstrem que possuem propriedades acústicas. Num ambiente interno, o arranjo do mobiliário pode promover ou dificultar as relações. Estudos comprovam que a configuração linear distancia os indivíduos e não promove a integração entre eles. Já a disposição radial, aproxima os moradores e facilita as relações. Porém, nem sempre a forma construída é o que importa, mas

³³ É um dos recursos mais utilizados pelos fisioterapeutas para o tratamento de variados distúrbios, como por exemplo: reparação dos tecidos moles, diminuição dos espasmos musculares, aumento da circulação sanguínea e resolução dos processos inflamatórios.

³⁴ Também é conhecida como terapia dos sons e consiste na utilização de vários tipos de música, de forma a promover a comunicação, aprendizagem, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes. O objectivo é atender às necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas, de forma a alcançar uma melhor qualidade de vida.

sim a forma como a natureza se organiza. Como referido anteriormente, os sons vindos dela são uma terapia para a mente e todo o seu conjunto de sons naturais, são o mais importante para o relaxamento diário.

No entanto, é o tato que nos liga diretamente ao ambiente físico, pois é um sentido que nos informa sobre aquilo que está em contato com a pele, percebendo se algo está quente ou frio (sensação térmica) e se é áspero ou macio (sensação de textura). Por vezes, a riqueza de texturas no local desperta o desejo de tocar nos materiais. As superfícies com textura ou as que criam uma ilusão ótica tornam-se mais apelativas, pois transmitem vontade de tocar para se perceber qual o material utilizado.

É importante referenciar também que, o aroma está diretamente ligado ao sistema emocional do ser humano, pois é a partir dele que o indivíduo emite estímulos ao cérebro. Os aromas existentes nos ambientes hospitalares podem actuar de forma positiva ou negativa, portanto a utilização desse elemento deve ser trabalhada com cuidado. Quando são agradáveis, os aromas podem resgatar boas lembranças e reduzir o stress, mas, quando não o são, podem estimular a ansiedade e o nervosismo. Uma boa solução pode ser o uso pontual de flores ou vasos, aromatizando e alegrando o ambiente. Mesmo os pequenos espaços podem ser terapêuticos para o usuário, por isso é importante num projeto arquitetónico existirem áreas externas de ajardinamentos, de forma a promover o contato com a natureza e produzir um efeito positivo ao indivíduo. Também neste campo sensorial, têm vindo a estudar os efeitos psicológicos dos aromas no cérebro humano, de modo a utilizá-los como terapia, como na Aromoterapia³⁵ ou Massagens Terapêuticas³⁶. Apesar destas terapias não serem inteiramente influenciadas pela arquitetura, a escolha dos materiais e texturas pode ajudar no conforto dos utilizadores do local.

³⁵ Consiste em tratar pessoas doentes com a ajuda de óleos extraídos dos vegetais. Esta terapia é caracterizada pela utilização de cheiros terapêuticos que podem despertar algumas partes do cérebro, alterando o estado de espírito e elevando o humor.

³⁶ É uma prática onde a força é aplicada sobre corpo, para estimular a circulação, a mobilidade e o alívio de determinadas dores corporais. São utilizados óleos aromáticos e cremes, assim como um ambiente calmo, aromático e relaxante, pois o objetivo é o tratamento de inúmeras patologias, como entorses, lombalgias, diminuição do tecido gordo, defeitos de postura e tensões acumuladas.

Concluindo, a humanização em ambientes hospitalares visa a criação de espaços focados no conforto e na otimização dos sistemas de produção de saúde, transmitindo assim o bem-estar físico e emocional dos usuários. Mas, para alcançar a melhor solução para esses ambientes, é necessário avaliar a combinação de três fatores importantes: a função do ambiente, os materiais que podem ser utilizados e o conforto visual do utilizador. Pois, o ambiente oferece estímulos que refletem diretamente nos comportamentos de cada paciente. No entanto, conseguir percebê-los verdadeiramente requer o uso de todos os sentidos, através de recetores sensoriais. Este uso, dos estímulos sensoriais, pode ser aumentado para facilitar na progressão dos tratamentos das doenças neurodegenerativas. Por exemplo, no interior das instalações da Fundação AFID, em Alfragide, existe uma sala snoezelen³⁷, que desperta bastante interesse devido ao seu conceito. Conceito este que se fundamenta na estimulação sensorial e que tem como objectivo a criação de um ambiente relaxante a nível físico e mental. Esta sala é um lugar caracterizado pela luz, sons, cores, texturas e aromas, onde os objectos são coloridos e disponibilizados para serem tocados. Nela existe um painel de aromas, colunas de cor, tapete de fibras sensorial e ainda um colchão de água que vibra consoante os graves da música ambiente. É uma sala que, através da estimulação dos sentidos primários, desperta particular atenção no domínio das demências e da psiquiatria.

³⁷ Snoezelen é um termo Holandês, que resulta da contração de *snuffelen* = cheirar, com *doezelen* = relaxar. O conceito foi definido no fim dos anos setenta por dois terapeutas holandeses, que enquanto trabalhavam num centro para pessoas com défices mentais, na Holanda, obtiveram respostas positivas que conseguiram suscitar nos seus doentes, quando eram inseridos num ambiente sensorial que tinham preparado.



Fig.5 – Sequencia de fotografias da sala snoezelen, da fundação AFID.

2.3 | PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A CONCEPÇÃO DE UM CENTRO TERAPÊUTICO

2.3.1 | AMBIENTES TERAPÊUTICOS E ESTRUTURAS COMUNITÁRIAS

O conceito de comunidade terapêutica surgiu através da idealização de uma comunicação livre entre todos os membros da comunidade, onde os recursos terapêuticos são a maior motivação para essa relação. Ao longo dos anos, foram realizados vários trabalhos que permitem perceber que existem essencialmente duas formas de desenvolvimento das comunidades terapêuticas. A primeira, está ligada à psiquiatria social e comportamentalista e, defende que o indivíduo deve adaptar-se ao meio social. Neste caso, o agregado hospitalar deve funcionar como uma pequena sociedade ou como substituto de um grupo familiar, terminando assim com as barreiras entre o hospital e a cidade. Já a segunda, está relacionada com a comunidade terapêutica psicanalítica, a ideia seria que a comunidade terapêutica consistisse, basicamente, numa família substitutiva durante o processo terapêutico, que originava um ambiente emocional de segurança.

Do ponto de vista da arquitetura, estas comunidades não se representaram num modelo arquitetónico. No entanto, foi através delas que se realizou uma grande transformação relativamente ao espaço do hospital psiquiátrico. O espaço hospitalar, como lugar de cura, passou então a ser um espaço de comunidade e liberdade terapêutica, trazendo para a arquitetura uma outra possibilidade de pensar o espaço - o espaço que se define através da relação com os outros e o próprio ambiente. Neste sentido, afirma-se que entre as áreas da saúde mental e a arquitetura existe uma intensa ligação e que, dessa ligação, sucedem consequências decisivas para as actividades médicas.

O facto é que a medicina tem vindo a preocupar-se, cada vez mais, com a humanização dos ambientes hospitalares, de forma a promover a cura e o cuidado durante o processo terapêutico dos pacientes e, contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais. Assim sendo, a arquitetura é considerada como um elemento fundamental na criação de ambientes hospitalares, adequados ao processo de cura. Portanto, o objectivo é transformar os hospitais num edifício arquitectonicamente apelativo, incorporando preocupações de eficiência higiénica e aumentando o conforto dos espaços, de forma a que os seus elementos arquitetónicos provoquem reações sensoriais ao utilizador.

Elementos como a luz, a cor, o som, os materiais, a água, a paisagem e o percurso, complementam a arquitetura e determinam o tipo de espaço. E, o fator mais importante para criar um espaço sensorial é a forma como estes elementos são manipulados, fazendo com que a arquitetura ganhe uma nova dimensão - a dimensão sensorial.

Um bom exemplo de arquitectura sensorial são as Termas de Peter Zumthor, onde existe um investimento na diversidade de experiências sensoriais, através da estimulação de todos os sentidos. A conceção da forma arquitetónica, ou seja, a complexidade das formas, desperta estímulos psicológicos ao utilizador, tornando a experiência única e enriquecedora. Aqui, o arquitecto introduziu uma complexidade labiríntica no percurso do edifício, estimulando o utilizador a percorrê-lo. No entanto, este desenho dos percursos deve ser feito com uma liberdade condicionada., isto porque, por exemplo no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, os espaços são demasiado redondos o que provoca alguma confusão aos utentes e funcionários.

A paisagem é também um fator determinante de bem-estar psicológico e físico, logo os espaços devem ter vistas para o exterior e possibilitar a entrada da luz natural. Como foi

referido anteriormente, a luz solar afeta o humor dos trabalhadores e dos pacientes e, por essa razão, deve-se incorporar em todos os espaços o máximo de luz natural possível, abrindo os espaços em diferentes direções e permitindo a constante variação da paisagem. Isto será possível através de grandes janelas e tetos altos, mas sempre tendo em atenção a orientação solar. A luz do lado norte é mais contínua e subtil, por isso a sua função destina-se aos espaços de trabalho e circulações. Mas a intensidade da luz vinda a sul, não torna confortável um espaço de estar, então as orientações mais indicadas para criar ambientes relaxantes são a nascente e poente, que correspondem ao início e ao final do dia, mais concretamente, aos momentos em que o sol tem cores quentes e reconfortantes.

Também o som, ou ausência dele, é um grande influenciador de bem-estar, por isso deve surgir um grande investimento no tratamento da acústica, assim como do tipo de materiais que são utilizados nas paredes e pavimentos.

A cor é igualmente um elemento de grande importância nestes ambientes e pode ser utilizada como relaxante ou estimulante. Um espaço de estimulação tem como objetivo manter a pessoa ativa e alegre, o que pressupõe a utilização de cores fortes, como laranjas, vermelhos e amarelos, que com a incidência da luz solar vão criar um reflexo quente no espaço interior tornando-o mais convidativo. Apesar do branco ser a representação da arquitectura hospitalar contemporânea, também cria um ambiente pouco estimulante e, por isso, cada vez mais os centros terapêuticos recusam essa tendência. É importante referir que, em conversas com profissionais da área da saúde, foi possível perceber que a variação de cores destes espaços deve ser feita com alguma precaução, ou seja, não se deve fazer um contraste grande das cores entre diferentes espaços, pois os doentes tem reações espontâneas e chegam a cair na zona de transição das cores (nas portas). E, nos espaços

hospitalares, nomeadamente de saúde mental, os corredores longos com luzes artificiais fortes e superfícies refletoras podem causar distorções visuais, provocando alucinações.

Para a substituição das paredes todas brancas, surgiu uma grande riqueza de materiais, texturas, cores e padrões. Passou-se a utilizar a pedra, a água, a madeira e as variações cromáticas do azul, castanho e verde que se ligam diretamente com a natureza.

Concluindo, a humanização destes espaços é compreendida como a qualificação do espaço construído, através de atributos de natureza arquitectónica e ambiental, que provocam estímulos sensoriais. Assim, um espaço de saúde torna-se num ambiente terapêutico quando sustenta as necessidades e particularidades de conforto físico e psicológico dos utilizadores, produzindo efeitos positivos nos resultados clínicos dos pacientes e na eficácia dos profissionais de saúde. E, o ambiente físico destes espaços é concebido com parâmetros arquitectónicos, ambientais e estéticos. As variáveis arquitectónicas abrangem a organização espacial, a forma e dimensão dos espaços e a relação com o exterior. Os parâmetros ambientais incluem as condições sensoriais e de higiene, enquanto a estética é definida por aspectos como a utilização da cor, elementos decorativos, equipamento e mobiliário. Portanto, os espaços terapêuticos devem ser estruturas comunitárias bem desenhados, que procurem envolver os pacientes em actividades positivas. Actividades estas, que devem providenciar desafios sensoriais, cognitivos e físicos. Tanto a terapia criativa como a arte, música e dança, que oferece métodos de expressão que não são verbais, como a terapia ocupacional têm uma extrema importância na vida de pessoas com doenças mentais.

2.3.2 | REQUISITOS ESPACIAIS DE EQUIPAMENTOS TERAPÊUTICOS

Tendo em consideração tudo o que foi referido anteriormente, é possível assumir a verdadeira responsabilidade que existe na relação dos profissionais de saúde e o arquitecto, para que o resultado da concepção de ambientes terapêuticos seja positivo. Pois, para projetar estes ambientes de forma humanizada, é preciso promover espaços familiares e confortáveis e, acima de tudo, ter o conhecimento técnico das práticas desenvolvidas nos espaços e motivar a recuperação dos pacientes. Ou seja, devido às diferentes doenças, o objectivo será criar espaços de pausa e espaços de estimulação, que sejam pensados de forma prática e racional.

A psicologia ambiental tem vindo a investigar sobre a interação do ser humano com os ambientes, ou seja, estuda a relação entre a qualidade dos ambientes e a saúde humana. E, foi quando se começou a questionar a problemática do internamento psiquiátrico, principalmente após a discussão sobre a desumanização deste tipo de tratamento, que se constituíram as residências terapêuticas. Estas, são simples moradias destinadas às pessoas portadoras de transtornos mentais graves sem apoio familiar ou económico, que funcionam numa perspectiva de reinserção social. Não são propriamente serviços de saúde, mas sim espaços comunitários, onde estes pacientes podem viver com apoios sociais e médicos.

Tanto estes espaços residências como qualquer espaço destinado ao apoio de doentes portadores de doenças mentais, devem ser organizados de forma simples e funcional. Dando novamente o exemplo da Fundação AFID, é um espaço que, apesar de não ter preocupações com a questão das cores utilizadas, tem uma organização bem resolvida e coerente com o programa pretendido, e também alguns elementos

arquitectónicos interessantes nessa organização. Por exemplo, existe um enorme espaço verde envolvente, um refeitório comum central e um grande jardim de inverno que foi alterado de forma a criar um novo átrio rodeado por esse jardim, no qual entra luz natural através da diferença de alturas na cobertura. No entanto, a falta de preocupações arquitectónicas a nível de materiais, cores, formas e diferentes ambientes, afasta-o de um bom exemplo como espaço terapêutico com diferentes atmosferas para cada actividade.

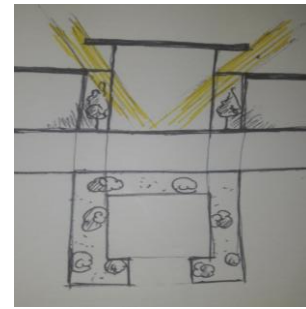


Fig.6 – Desenho ilustrativo da entrada de luz natural para o jardim de inverno, que envolve o átrio central da fundação AFID.

Tão importante como a organização espacial das funções de cada espaço, como as próprias características físicas dos mesmos, é também a sua envolvente. Ou seja, aquilo que designamos de espaço público envolvente. A psicologia ambiental tem vindo a investigar sobre a interação do ser humano com os ambientes, ou seja, estuda a relação entre a qualidade dos ambientes e a saúde humana. E, foi quando se começou a questionar a problemática do espaço público como fundamental para o bem-estar da população, que se percebeu que as qualidades e características de um espaço público refletem-se na intensidade de utilização do mesmo. Kevin Lynch, caracteriza duas qualidades da forma da cidade que são bastante interessantes: a continuidade, como possibilitador da percepção de um conjunto em relação com a malha urbana, ou seja, permite uma boa perceptibilidade entre as ligações de pontos estratégicos; e, a extensão visual, que diz respeito às vistas panorâmicas e elementos estruturantes, que facilitam a percepção total de um espaço.

A presença da vegetação na malha urbana, não só contribui com o seu comportamento ambiental, funções estéticas e culturais, mas igualmente para a beleza e paisagem da cidade, proporcionando um bem-estar na população, que acaba por ser um fator de qualidade ambiental e significativo para a mesma.

Em geral, as paisagens naturais são privilegiadas em relação aos cenários urbanos, pois os espaços verdes com ambientes naturais de boa qualidade têm vindo a ser promovidos como fatores importantes na saúde pública. Assim, as funções desempenhadas pelos espaços verdes nas áreas de recreio no tecido urbano, são muito importantes tanto pelo desempenho do impacto ambiental, como pelo contributo para o conforto urbano e da sua população.

2.3.3 | ENVOLVENTE NATURAL E JARDINS TERAPÊUTICOS

A natureza, mais do que um enquadramento estético, é responsável pelo despertar dos sentidos e pelo acalmar dos pensamentos. Várias pesquisas afirmam que o contacto com a natureza, em unidades de saúde, é extremamente benéfico para os pacientes. E, por essa razão, os espaços verdes são concebidos com a finalidade de auxiliarem a recuperação e o tratamento de doentes. Para que seja possível perceber de que forma a natureza é um elemento fundamental para o bem-estar e para a saúde das pessoas, tem que se compreender os fundamentos, as teorias e os elementos, que podem ser utilizados na criação destes espaços. Diferentes autores desenvolveram um conjunto destas teorias, fundamentos e princípios que auxiliam no projecto dos jardins terapêuticos. Englobaram as principais características que um espaço verde deve complementar, desde as considerações gerais de desenho, como a segurança, privacidade, estética, manutenção, entre outras. Defendem que se deve tirar o máximo proveito das vistas do interior dos edifícios para o exterior. Isto é, deve-se ter em conta o posicionamento do edifício, pois a paisagem que o rodeia tem efeitos benéficos, tanto para os doentes como para os funcionários.

*“Nos hospitais tem-se vindo a incluir elementos naturais anti-stress como os jardins, elementos como água, luz natural e luz solar. Visualizar elementos da natureza através das diversas formas de arte pode ter um efeito semelhante ao da natureza em si.”*³⁸

³⁸ Elsa Figueiredo, in *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental*, pág. 307-308.

A humanização hospitalar possibilita, não só a criação de espaços internos confortáveis, mas também, um aumento do contato com o ar livre, através da relação entre os espaços internos e externos. Estes espaços promovem a interação dos



Fig.7 – Fotografia da vista do corredor interior para o jardim exterior da Clínica do Bom Sucesso, no Restelo.

sentidos humanos com a natureza, maior relaxamento, diminuição do stress e estimulam na recuperação dos pacientes. Alguns exemplos destes ambientes são os terraços, as varandas, os pátios e os jardins terapêuticos.

Os pátios são umas das formas arquitectónicas mais antigas e mais utilizadas como jardins terapêuticos, pois são de fácil acesso e proporcionam segurança e privacidade aos seus utilizadores. Deve ser um jardim imediatamente visível a partir da entrada principal do edifício, para que todos possam ser informados da sua existência, ajudando também no sistema de orientação espacial. Pois, a possibilidade de ver o jardim transmite uma sensação relaxante para os doentes, mas também para os cuidadores. Por isso, tendo como exemplo a Clínica do Bom Sucesso no Restelo, tanto as preocupações espaciais - como a colocação dos gabinetes médicos e instalações sanitárias em corredores perpendiculares ao principal para que as entradas não fossem visíveis - , como as preocupações paisagísticas são muito importantes, pois a vista para a natureza é muito positiva ao indivíduo.

Os jardins terapêuticos são espaços verdes essenciais nas unidades hospitalares, que melhoram a qualidade do ambiente e reduzem o negativismo associado às mesmas. Por esta razão, a concepção destes lugares deve incluir as considerações de programa e de planeamento do espaço verde desejado, pois estes podem suportar diversas actividades e diversos subespaços. Podem ter um grande conjunto de percursos, espaços de exercício físico e subespaços com relvado ou pequenos bosques. Criam assim, uma grande diversidade de paisagens e, se for um jardim acessível ao público em geral, concebe uma sensação de que a unidade de saúde faz parte da comunidade. Em resume, os jardins terapêuticos são considerados como lugares tranquilos com percursos largos de piso antiderrapante, zonas de convívio e zonas mais privadas

com cadeiras móveis e fixas, zonas de exercício físico com presença, áreas de sombra e de sol com o som da água presente, com o uso de plantas medicinais como camomila e as que exalam perfumes relaxantes como lavanda e erva-cidreira. Um exemplo português de um jardim terapêutico é o jardim sensorial do Hospital Garcia da Orta, do arquitecto paisagista Tiago Campo. É um jardim que funciona como sala de tratamento ao ar livre, que estimula experiências sensorias através do tato, da audição, da visão e do olfato.

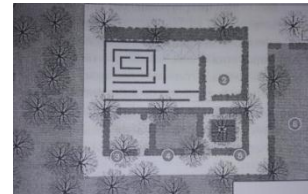


Fig.8 – Esquema do Jardim Terapêutico Sensorial do Hospital Garcia da Orta.
1- Labirinto; 2- Tapete de jogos; 3- Jardim do som; 4- Prado; 5- Horta pedagógica; 6- Prado para jogos

Concluindo, os espaços verdes funcionam como áreas de lazer e de distração, que podem ser polivalentes, suportando diversas actividades e funcionalidades. A interacção com a natureza funciona como um estímulo para os pensamentos positivos, proporcionando assim um aumento da capacidade de recuperação dos doentes. E, existem duas abordagens relacionadas com a natureza: o contacto indirecto com o elemento verde, a partir de enquadramentos visuais de portas e janelas; e o contacto directo com o elemento verde, através da criação de jardins interiores e exteriores, integrados no equipamento proposto com fins terapêuticos.

2.4 | SÍNTESE

Foi através da evolução da tecnologia que houve o desenvolvimento da arquitetura hospitalar e o hospital passou a ser considerado um instrumento terapêutico. Surgiram assim muitos estudos sobre a humanização dos hospitais e percebeu-se que as decisões arquitetônicas têm influência no processo terapêutico e o principal é a interação e adaptação do paciente com o espaço projetado, dando relevância às áreas verdes.

Nos espaços hospitalares, deve-se ter áreas amplas, que permitam vários tipos de estimulação e acima de tudo que tenham uma grande componente de vegetação e pontos de observação paisagística. Ter o contacto directo com a natureza, mesmo que seja de uma janela ou sentado num jardim terapêutico, tem sido associado à redução de stress e por sua vez, ao melhoramento da saúde mental da população em geral. Por isso, estes espaços devem ter a apropriação da natureza como elemento fundamental, pois a natureza tem o poder de distrair e acalmar os doentes. Recursos como a luz e a ventilação naturais, menos barulho no ambiente e uma paleta de cores suaves, são também uma maneira de produzir resultados positivos no processo de tratamento do paciente. Ou seja, o projecto arquitectónico dos locais de tratamento pode influenciar directamente na questão da saúde dos pacientes e por isso, deverão ser criadas mais estruturas comunitárias, caracterizadas com um ambiente de harmonia e de estimulação sensorial, que considere os cinco sentidos do ser humano, de forma a provocar reações positivas no paciente.

Em muitos países, a saúde mental tem sido uma área muito negligenciada dentro do conjunto dos serviços de saúde e a

agenda da saúde pública, então, assegurar a todas as populações o acesso a serviços de saúde mental de qualidade tornou-se, assim, nos dias de hoje, um objectivo inadiável em todo o mundo.

No entanto, após algumas conversas com profissionais de saúde, verifica-se que em Portugal estão a tentar terminar com o internamento agudo em psiquiatria (anexo 11) e a apostar cada vez mais nos tratamentos com valências terapêuticas. Com isto, é necessário a criação de estruturas comunitárias, de forma a darem melhor resposta aos tratamentos destas doenças. Com base nestes diálogos e nas tendências relativas ao tema em Portugal, a possibilidade de internamento ganha uma expressão mais difusa, sendo substituído pelas residências assistidas e centros terapêuticos, pois é talvez uma possibilidade mais lógica e racional para a realidade actual.

3 | PROJETOS DE REFERÊNCIA

3.1 | FUNDAÇÃO CHAMPALIMAUD, CHARLES CORREA

³⁹ Como foi referido na visita às instalações da fundação, Antonio Champalimaud foi um empresário Português do séc. XX, que tinha uma visão muito grande para o futuro e quis revolucionar Portugal na área da indústria pesada. Já com 60 anos, resolveu criar esta fundação numa área totalmente diferente – na área da saúde. No seu testamento pediu apenas que a fundação fosse dirigida às ciências médicas e que tivesse o nome dos seus pais. A escolha das áreas dedicadas foi da inteira responsabilidade da administração. A investigação e tratamento na área de oncologia junta-se assim à segunda escolha num programa de investigação básica na área das neurociências, de forma a ser estudado o cérebro no sentido de encontrar soluções para as doenças neurodegenerativas, pois ambas estão muito ligadas ao aumento da esperança média de vida – há mais cancro mas também vivemos mais tempo. A terceira actividade foi criada porque a administração decidiu criar um programa de impacto mundial, com o nome de “Prémio António Champalimaud de Visão”, de forma a homenageá-lo e também devido a ele ter ficado cego já no fim da sua vida.

⁴⁰ Charles Correa, in *730 dias por Rui Ochoa - Champalimaud Center for the Unknown*, pág.13

Localização:

Lisboa, Portugal

Data de construção:

2004 - 2010

Arquitecto:

Charles Correa Associates

Tipologia:

Centro de investigação científica

Descrição:

A Fundação Champalimaud foi criada em 2004 por testamento de António Champalimaud. O objeto da Fundação é a investigação na área das ciências médicas, na qual foram escolhidas duas áreas centrais: cancro e neurociências. No cancro, a Fundação optou por um modelo dirigido à obtenção de resultados na prevenção e no tratamento da doença, tendo 26 quartos disponíveis e 3 grandes salas de cirurgia. A investigação em neurociências é a outra área prioritária da atividade da fundação, onde o seu objetivo é investigar as bases neuronais do comportamento humano. No entanto, o conjunto destas duas áreas referidas, não é a única matéria da fundação. Em 2006, foi lançado o Prémio António Champalimaud de Visão, o maior prémio do mundo nesta área, no valor anual de 1 milhão de euros. ³⁹

“Ao abrigar estas actividades inovadoras, tentámos criar este objecto arquitectónico. Arquitectura como escultura. Arquitectura como beleza. Beleza como terapia.” ⁴⁰

O Centro Champalimaud está implantado na zona ribeirinha de Pedrouços e é um local privilegiado, perto da Torre de Belém, onde o rio Tejo se encontra com o Oceano Atlântico e de onde os navegadores portugueses partiram há cinco séculos em busca do 'desconhecido'. O projeto arquitetónico é da autoria do indiano Charles Correa, que foi escolhido por ser um grande arquitecto e com experiências em construir laboratórios. Era um artista, um urbanista e acima de tudo um grande humanista. Ele percebeu e respondeu de imediato aos 2 pontos principais que lhe foram requisitados: em 65mil m² construir um centro dedicado ao enfoque do sofrimento humano, que não fosse apenas para doentes mas sim um espaço público e de grande acolhimento; e que este centro tenha duas actividades diferentes mas com uma fácil comunicação entre ambas, excluindo núcleos isolados e beneficiando a ciência através do trabalho e experiencia conjuntas.

*“Quando observei pela primeira vez aquele cenário em Belém, depois de todos os anos passados, admirei a coragem e a imaginação de Vasco da Gama e dos outros grandes navegadores em avançar por aquele braço de mar, dobrar o cabo e mergulhar no oceano desconhecido que se estendia à sua frente. Esta imagem podia perfeitamente servir de metáfora (quase mágica!) para as descobertas científicas inovadoras que a Fundação acredita poder desenvolver no novo Centro Champalimaud.”*⁴¹



Fig.9 – Fotografia da Fundação Champalimaud

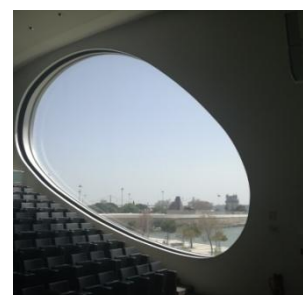


Fig.10 – Fotografia da janela do auditório

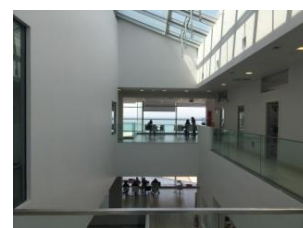


Fig.11 – Sequência de fotografias representativas dos espaços de transição e da comunicação interior entre pisos destinados a diferentes funções

⁴¹ Idem, pág. 11



Fig.12 – Fotografia dos espaços interiores de transição que são muito funcionais com painéis para apontamentos espontâneos dos cientistas, à entrada dos laboratórios (ideia retirada do laboratório Southlake Foundation)



Fig.13 – Fotografia da ponte de ligação dos dois edifícios



Fig.14 – Fotografia do anfiteatro, ao ar livre.



Fig.15 – Fotografia do espelho de água no “caminho para o desconhecido”

Foram então projectados três volumes de edificação, com uma área comum entre eles, que seria considerada como o passeio público.

“O maior bloco albergaria as instalações principais: os médicos, os pacientes, os investigadores e todos os sistemas auxiliares, bem como as suas áreas de funcionamento; o bloco mais pequeno seria o centro de conferências, com as suas instalações auxiliares: o auditório, o restaurante e o corpo administrativo da Fundação. Estas duas estruturas seriam ligadas por uma ponte de vidro. O terceiro volume seria um anfiteatro a céu aberto, virado para o rio, aberto aos cidadãos de Lisboa, para assistirem a concertos (com entrada livre),

*palestras e debates científicos, entre outros.”*⁴²

O passeio público orienta o caminho da entrada e está propositadamente elevado, para que, à medida que nos deslocamos diagonalmente à ponta oposta do local, ou seja, em direcção ao mar, possamos observar apenas o céu. Esta pequena elevação provoca uma alteração da linha de visão e de horizonte, de forma a dar maior relevância ao que não se vê. E, quando finalmente alcançamos o ponto mais alto deste caminho, descobrimos um espelho de água e o rio a entrar no oceano e no desconhecido – chamando este percurso de caminho para o desconhecido.

*“Quando, por fim, se alcança o ponto mais elevado do espaço, o espelho de água funde-se magicamente com o rio e, daí, com o vasto oceano Atlântico.”*⁴³

⁴² Idem, pág. 11

⁴³ Idem, pág. 12

Este espaço é portanto um exemplo onde a arquitectura comunica com a sua envolvente, focando-se no sentido essencial do local – *genius loci*. Como o arquitecto refere, neste projecto realça-se “a expressão arquitectónica do *genus loci* do lugar”⁴⁴

*“Estivemos também tentados a usar a NATUREZA como terapia. A presença da ÁGUA, o CÉU. A bênção da FLORESTA TROPICAL – fazendo-nos lembrar da fecundidade infinita da Natureza e do seu poder para nos curar. Tudo isto são terapias para os pacientes.”*⁴⁵

É um edifício em pedra lioz que apresenta no seu interior fundamentalmente tons claros e brilhantes e alguns apontamentos de cores ligadas à cultura indiana.

Conceitos chave que instrumentalizam o projecto final:

- Programa técnico/científico e funcional de um centro de investigação composto por várias zonas de estar e com grandes funcionalidades aliadas às novas tecnologias;
- Junção, muito bem concebida, de várias funções num único projecto, optimizando as diversas actividades e conduzindo os pacientes de forma natural, através da hierarquia dos espaços interiores (preocupações com os percursos e vivências);
- Preocupações com o espaço público e com a vista para o rio, destacando tanto a envolvente com o anfiteatro ao ar livre, como o jardim tropical no interior;
- Localização da biblioteca intersectando com a ala de tratamento e a ala de investigação, servindo não só de apoio, mas também de local de encontro entre pacientes e cientistas;
- Existência de aberturas nos dois pisos superiores de modo a incentivar e facilitar a interação com os profissionais das várias áreas e criar espaços amplos de boa luminosidade.



Fig.16 – Fotografia da “janela da esperança”, assim adulterada e destacada pelo arquitecto, visto que é uma janela do laboratório de investigação da área de oncologia, ou seja, a ideia seria passar a mensagem que “aqui estuda-se o cancro”



Fig.17 – Fotografia do jardim da área de oncologia, vulgarmente designado por “jardim da quimioterapia”



Fig.18 – Sequência de fotografias do jardim tropical

⁴⁴, ⁴⁵ Idem, pág.13

3.2 | CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN, HUBER STAUDT ARCHITEKTEN

Localização:

Friedrichshafen, Alemanha

Data de construção:

2008 - 2011

Arquitecto:

Huber Staudt Architekten

Tipologia:

Centro Psiquiátrico

Descrição:

É um centro psiquiátrico que está integrado no campus do Hospital de Friedrichshafen e que adota a inclinação natural da colina em direção ao Lago de Constança, proporcionando assim entradas em dois níveis diferentes. O edifício fecha-se para um enorme pátio verde e tem uma janela (a oeste) virada para a paisagem e para o lago. Um amplo corredor envidraçado emoldura a visão desta generosa paisagem e ajuda a salientar a inclinação natural do terreno. Existem também grandes salas de terapia, que estão dispostas no piso térreo, tendo assim acesso direto ao jardim e aproveitando as possibilidades de iluminação natural ao longo da encosta.



Fig.19 – Sequência de fotografias do edifício



Fig.20 – Fotografia do corredor amplo envidraçado



Fig.21 – Fotografia de uma sala de terapia no piso térreo

Na verdade, este centro faz a diferença do ponto de vista arquitetónico com o seu edifício imponente, de um a três andares, com fachadas de betão à vista e revestimento de folhas verticais de madeira de pinho branco (sem tratamento) que combinam num carácter contemporâneo, acolhedor e muito natural. Assim, e mantendo os aspectos de segurança obrigatórios num segundo plano muito discreto, conseguiram que o edifício não parecesse um típico hospital, marcando a

diferença pelas semelhanças a um conceito acolhedor de um hotel ou uma casa.

Os dois materiais utilizados e mencionados anteriormente, dominam as superfícies do edifício interna e externamente. O betão é trabalhado de maneira sofisticada, sendo representado em grandes superfícies horizontais marcadas pelos painéis e elementos pré-fabricados lineares finos, que condizem com as marcações verticais do revestimento de madeira. Este revestimento é feito de pinho não tratado, como referência à construção tradicional do lugar e confere ao edifício, através da sua transparência, uma aparência aberta e arejada. O resultado é um espaço onde prevalece o uso de materiais como a madeira, as cores suaves e a abundância de luz.

Torna-se então num lugar, onde os pacientes se sentem bem, com muita luz, ar fresco e um ambiente agradável – o que nem sempre coincide com o conceito de centros psiquiátricos-, sendo estas características parte integrante do conceito terapêutico da clínica.



Fig.22 – Sequência de fotografias dos interiores – representação da luz natural, ambiências e materialidades



Fig.23 – Fotografia do pátio central

Conceitos chave que instrumentalizam o projecto final:

- Programa terapêutico e ambiência interior/exterior;
- Organização espacial bem concebida;
- Espaços de entrada amplos com duplo pé direito e pátio central;
- Uso de materialidades neutras;
- Paisagens e atmosferas terapêuticas;
- Preocupações com espaços luminosos e com a inserção da natureza.

3.3 | SANATÓRIO DE TUBERCULOSE PAIMIO, ALVAR AALTO

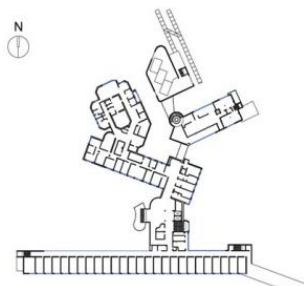


Fig.24 – Planta piso térreo do edifício



Fig.25 – Fotografia da envolvente do edifício



Fig.26 – Sequência de fotografias das fachadas do edifício

Localização:

Paimio, Finlândia

Data de construção:

1928-1933

Arquitecto:

Alvar Aalto

Tipologia:

Hospital

Descrição:

Actualmente, este sanatório para o tratamento da tuberculose situado na floresta, funciona como hospital geral. Localizado longe da confusão da cidade, no centro de uma floresta de pinheiros e perto de um rio na zona sudoeste da Finlândia, proporciona um ambiente calmo e agradável aos pacientes. Nesta área envolvente do edifício, Alvar Aalto desenhou um parque com uma série de percursos, onde os pacientes podem passear e relaxar. E, no próprio edifício existe uma grande varanda que também pretende ligar os utentes ao espaço exterior.

“A relação entre natureza e construção é decisiva na arquitectura” ⁴⁶

As funções deste hospital estão distribuídas por quatro blocos que estão agrupados pela zona de entrada, através de todos os acessos verticais. A parte principal é destinada à ala de repouso dos pacientes e tem cerca de sete andares, com capacidade total de 290 pacientes e existe ainda um terraço no

⁴⁶ Álvaro Siza Vieira, in *Imaginar a Evidência*, pág. 17

último andar do edifício. Cada um destes andares tem, no final do bloco e voltados a sul, pequenos solários onde os pacientes em melhores condições podiam ir receber a luz solar e apreciar a paisagem. A norte existe uma construção baixa que é a ala social e administrativa, na qual estão instaladas a cantina, a cozinha e as salas de convívio. Por trás e a leste, encontra-se a ala de serviços e ainda a central térmica.

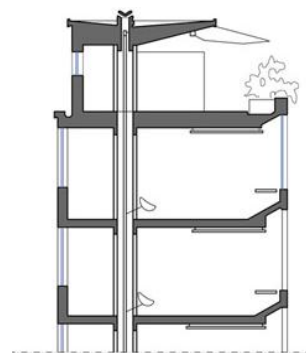


Fig.27 – Corte da ala dos quartos dos pacientes

Os quartos da ala dos pacientes foram uma das maiores preocupações do arquitecto, pois estes doentes não podem apanhar sol direto, logo o seu estudo consiste em levar a luz solar aos quartos mas sem que esta incida directamente. Colocou os quartos no lado norte do corredor, para que a luz natural entrasse com maior incidência no mesmo. Desta maneira, a orientação solar dos quartos permite que a luz entre, pela janela no período da manhã, dando aos pacientes uma bela vista para a floresta. E, assim, quando os doentes estão deitados podem usufruir dos benefícios do ar fresco e da paisagem, sendo iluminados pela luz natural mas não de forma directa. Para completar a este trabalho de volumes e orientações, existem ainda preocupações com alguns detalhes construtivos de forma a proporcionar o melhor conforto possível a estes doentes. Os cantos foram aproveitados ao máximo para que se criasse um sistema autónomo de aquecimento, fazendo com que a fonte de calor desça pelo teto, concentrando-se numa parede revestida com isolamento. Também os caixilhos das janelas destes quartos, foram pensados de forma a proporcionar um sistema de aquecimento auto-sustentável, pois eram de madeira para que reduzissem as condensações. Como estes doentes passam muitas horas deitados, as lâmpadas foram colocadas fora da linha de visão e o teto foi pintado com um verde-escuro relaxante para evitar o encadeamento, de forma a ajudar na descontração.

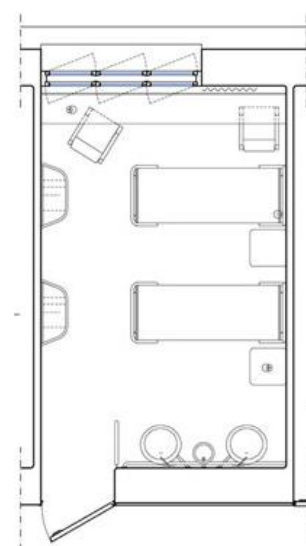


Fig.28 – Planta dos quartos

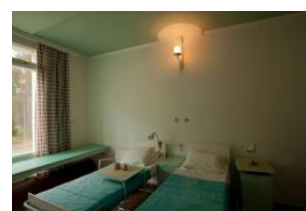


Fig.29 – Sequência de fotografias dos quartos



Fig.30 — Fotografias do interior do edifício



A cor foi uma componente importante para criar uma atmosfera humana e confortável neste hospital. Foi usada uma paleta que vai desde os pastéis às cores fortes nos espaços comuns, de forma a criar estímulos sensoriais. Nos corredores o piso é de borracha amarela, para que através do brilho os doentes afastassem o seu olhar do chão e tivessem uma postura mais direita, de modo a respirarem melhor. As paredes dos corredores em cada piso de pacientes adotam diferentes cores e as paredes dos quartos foram pintadas de uma cor clara e neutra. Em geral, no interior predomina o branco, o preto, o amarelo e o turquesa. Já no exterior do edifício prevalece o branco e o preto. Contudo, destacam-se o vermelho da guarda da varanda e o amarelo do terraço.

Concluindo, é um projecto que separa as funções em edifícios e pisos e que tem uma longa varanda permitindo conectar o interior com o parque exterior, onde se encontram jardins e fontes para o uso dos pacientes, uma estufa e outros espaços verdes para os técnicos. O arquitecto utiliza a luz, a cor e a paisagem como o principal atributo de um local terapêutico, mostrando ser possível reinventar um espaço de doenças num local de conforto e esperança, onde prevalece o conceito de terapia da luz solar.

Conceitos chave que instrumentalizam o projecto final:

- Estudo entre a forma e a função;
- Localização e conexão com uma vasta paisagem verde;
- Atmosfera humana e confortável concebida pela apropriação da luz solar e ventilação natural;
- Utilização da cor como estimulador sensorial.

3.4 | FUNDAÇÃO ANTÓNIO MANUEL SARDINHA, PEDRO RODRIGUES

Localização:

Sintra, Portugal

Data de construção:

2014 - 2018

Arquitecto:

Pedro Rodrigues_Arquitectura Global

Tipologia:

Casa de Repouso e Unidade de Cuidados Continuados

Descrição:

Tanto a Fundação Champalimaud como esta fundação, foram casos de estudo que surgiu a possibilidade de serem visitados de forma guiada por alguém responsável pelo projecto. Neste caso, Fundação António Manuel Figueiredo Sardinha – Casa do Sagrado Coração de Jesus e Casa de Repouso Maria Isabel Sardinha, que fica localizada no Complexo Social de Albarraque, foi possível realizar, no dia 21 de Novembro, uma visita guiada pelo arquitecto Pedro Rodrigues. É um projecto que se encontra já em fase final de construção, estando muito perto da data de inauguração.

Este caso de estudo é um exemplo de uma arquitectura hospitalar com actividades para o público em geral e, em que existe uma adequação à paisagem e ao lugar, conjugando o contexto natural, as condições topográficas e os limites pré-existentes, assim como existe o desejo de fazer em Alburrica.

Aqui, a sustentabilidade foi um dos objectivos principais – a orientação solar do edifício nascente/poente, garante que os grandes panos de fachada e as respectivas fenestraçãoes dos



Fig.32 – Sequência de fotografias da fachada principal da Fundação António Sardinha – representativas de um “edifício ponte”

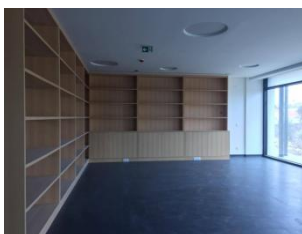
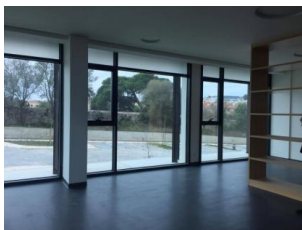
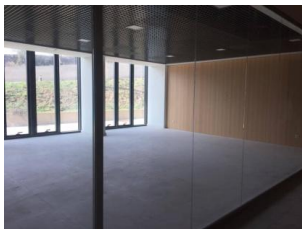
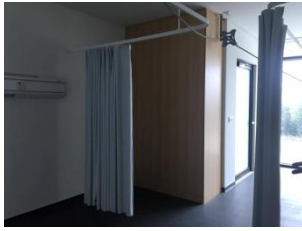


Fig.33 – Sequência de fotografias do interior da fundação (quartos com respectivas instalações sanitárias e zonas de convívio), relativas à preocupação da luz natural, materialidades e cores

⁴⁷, ⁴⁸ e ⁴⁹ Pedro Rodrigues, in *Projectos de Arquitectura e Desenho Urbano como processo de investigação*, pág. 150

quartos e espaços conjuntos tirem o máximo partido da luz solar. A concepção da grande pala, que juntamente com a densidade de árvores, permite o controlo da forte intensidade da luz solar a sul, coando-a para o interior do edifício. Tenta-se também tirar o máximo partido do sistema de insolação e iluminação directa nos compartimentos de maior permanência, de modo a atribuir-lhes um ambiente agradável para a estadia do paciente.

“Pelo estudo da orientação solar do volume proposto procurou-se controlar o coeficiente térmico do edifício negando-se a concentração programática na orientação Norte (...)” ⁴⁷

“Esta relação topológica com o suporte físico natural constituiu o ponto de partida para o nosso modo de intervir que estabelece uma estreita relação com a estrutura territorial, com o lugar pré-existente, caracterizado por uma linha de vale de declive relativamente acentuado e por uma forte dominância arbórea do pinhal localizado a sul” ⁴⁸

Também existiram preocupações a nível das materialidades, tentando sempre implementar este edifício no meio natural, através da utilização de materiais com a sua cor original.

“Opção por um corpo de leitura transparente demarcada pela pele vítrea de uma fachada cortina e emoldurado por um grande plano em betão de cor natural cinza, que num efeito “sandwich” contém espacialidades internas de materialidade distinta, ao mesmo tempo que incorpora um conjunto de funcionalidades e utilidades técnicas como iluminação, ventilação e avac” ⁴⁹

Apesar de todas estas questões das materialidades e construtividades, juntamente com as preocupações de orientação solar, o que mais interessou nesta visita foi compreender de que forma é feita a organização programática, ou seja, a componente funcional deste tipo de edifícios. Foi possível perceber que existe uma adequação espacial e funcional a uma lógica de pavilhões mas de forma a condensá-los no centro de um único volume, que garanta uma distribuição para cada programática. A distinção entre programas é feita por pisos, desenhando-se ao nível do piso térreo uma estrutura mais comunitária, onde se posicionam os serviços comuns às duas funções principais do edifício.

Relativamente à organização interna existe a afirmação de uma linha de distribuição longitudinal ao longo de dois eixos paralelos, que para além de diferenciarem a ala masculina da feminina, acabam por confinar uma espécie de bateria central onde se condensam todos os espaços servidores. Através do posicionamento ritmado dos vazios ao longo destes eixos, formalizam-se “bolsas de estar”, atentas à paisagem, proporcionando-se a realização de algumas actividades conjuntas. É possível acrescentar ainda que, é interessante o facto de que em cada dois quartos (singulares ou duplos com casas de banho privativas) exista uma varanda comum para ambos, pois isto possibilita uma zona de convívio dentro de uma área mais reservada, criando assim maior proximidade entre os doentes residentes.

No exterior também existem espaços de interesse colectivo ou individual, desde o espelho de água e todos os espaços verdes de lazer, as hortas, o canil e gatil, uma pequena estufa e um pequeno anfiteatro.

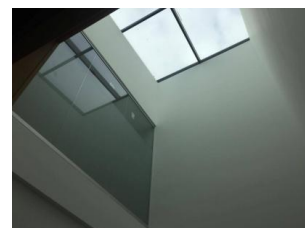
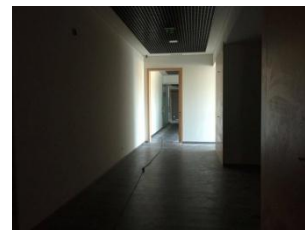
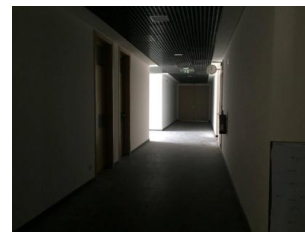


Fig.34 – Sequência de fotografia representativas das entradas de luz nas zonas de circulação e nas “bolsas de estar”

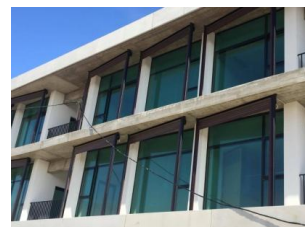


Fig.35 – Fotografia da fachada dos quartos com as varandas comuns



Fig.36 – Fotografia da envolvente natural (tirada no piso de cobertura do edifício)

*“Mantendo a linha de vale praticamente inalterada, o volume suspende-se sobre ela afirmando o conceito de “edifício ponte”, que liberta espaço inferior, permitindo fluir todo o contexto natural que nos interesse preservar (...)”*⁵⁰

Conceitos chave que instrumentalizam o projecto final:

- Posicionamento e volumetria em função da paisagem e da orientação solar e distinção de programas feita por pisos;
- Repetição e marcação clara da estrutura ao longo dos pisos e a organização interna é assumida através de uma linha de distribuição longitudinal, ao longo de dois eixos paralelos;
- No centro de cada piso, confina-se uma espécie de bateria central, onde se condensa o “motor” do edifício com todos os espaços servidores, desenhando assim um sistema de circulação diferente para pacientes e funcionários;
- O sistema de sinalização do edifício é feito a partir da iluminação e da alteração de cor ou materiais dos espaços;
- Preocupação com a existência de espaços exteriores com intenção social e de lazer, assim como a criação de um espelho de água, espaços verdes com hortas e estufa, um canil e gatil e ainda um pequeno anfiteatro.

⁵⁰ Idem, pág.150

3.5 | TERMAS VALS, PETER ZUMTHOR

Localização:

Vals, Suíça

Data de construção:

1993 - 1996

Arquitecto:

Peter Zumthor

Tipologia:

Termas

Descrição:

Estas termas, projectadas por Peter Zumthor, são um hotel e spa onde se vivência uma completa experiência sensorial. Localizam-se longe da cidade e em permanente relação com a natureza, sendo assim um paraíso para a terapia. Várias pesquisas dizem que a ideia deste espaço surgiu ao longo do processo de cavação da pedreira existente no local, onde foi encontrado uma pedra única, com vários padrões que através da luz criam efeitos excepcionais. Esta pedra, juntamente com as maravilhosas paisagens do local, tornaram-se na grande inspiração para o projecto, tendo sido utilizadas de forma respeitosa e com enorme orgulho. Assim, as Termas de Vals estão construídas a partir de camadas sobre camadas de quartzito encontrados na região e as vistas são extraordinárias.

A paisagem, para além de pertencer ao próprio edifício, permite que este também se enquadre nela como se de uma pintura se tratasse. Por exemplo, quando se permanece na sala de meditação ou de massagens encontra-se uma grande janela que emoldura a paisagem dos vales suíços.



Fig.37 – Sequência de fotografias do exterior do edifício

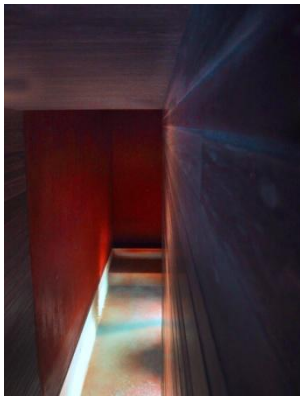
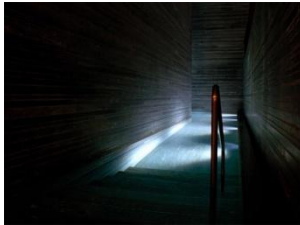


Fig.38 – Sequência de fotografias do interior do edifício

*“A beleza da natureza toca-nos como algo grande que nos transcende”*⁵¹

Peter Zumthor criou assim um espaço único para ser visitado e acima de tudo vivenciado, oferecendo um lugar onde o principal elemento é o corpo humano, proporcionando-lhe diversas sensações e experiências rítmicas.

O edifício define-se pela simplicidade das formas ortogonais, mas também pela imensidade e complexidade de espaços para experienciar. A conceção da forma é labiríntica, pois existem pequenos blocos que escondem as zonas de banho e piscinas, então o utilizador tem de percorrer um jogo visual de descoberta, assemelhando-se a uma gruta iluminada, onde os pequenos vãos permitem a luz entrar e guiar o caminho quase claustrofóbico. Esta característica da distribuição informal oculta dos espaços internos é um cuidadoso caminho de circulações que levam os visitantes a explorar várias áreas.

*“E a arquitectura é feita para nós a utilizarmos. (...) Acho que esta também é a tarefa mais nobre da arquitectura, o facto de ela ser uma arte para ser utilizada. Mas o mais belo é quando as coisas se encontram, quando se harmonizam. Formam um todo. O lugar, a utilização e a forma. A forma remete para o lugar, o lugar é este e a utilização é esta.”*⁵²

Este espaço foi então projectado para que os visitantes desfrutem e redescubram os antigos benefícios das saunas, que aqui situam-se abaixo de um teto verde, que está metade enterrado na encosta. O sossego e a luz criam um ambiente puramente relaxante. Existem espaços em que a luz quase se ausenta, envolvendo o paciente de num ambiente acolhedor. As combinações de luz e sombra, espaços abertos e fechados,

⁵¹ Peter Zumthor, in *Pensar a Arquitectura*, pág.73

⁵² Peter Zumthor, in *Atmosferas. Entornos arquitectónicos – As coisas que me rodeiam*, pág. 69

criam uma experiência integralmente sensível e fortificante. Tal como a luz, neste edifício existem grandes elementos do espaço como a pedra, água, reflexos, tipos de cor que compõem os espaços. Nomeadamente no percurso da piscina interior, onde desde a entrada circula-se com uma luz azulada e depois vai variando para cores mais quentes, chegando ao vermelho.

“(...) pensar o edifício primeiro como uma massa de sombras e a seguir, como num processo de escavação, colocar luzes e deixar a luminosidade infiltrar-se.”⁵³

Resumidamente, é um lugar com uma enorme experiência espacial e material, que oferece liberdade de explorar os espaços. Pois a complexidade espacial dada pelos seus percursos labirínticos e misteriosos, pelas combinações de luz e sombra, aberto e fechado, torna a visita e desfrutação deste espaço numa experiência altamente fortalecedora. Estas qualidades arquitectónicas levam o edifício a provocar um elevado nível de sensações.



Fig.39 – Fotografia da relação entre água, arquitectura e paisagem

⁵³ Idem, pág. 61

Conceitos chave que instrumentalizam o projecto final:

- Estudo profundo dos efeitos da luz, dos materiais, da paisagem natural e das sensações provocadas pelos diversos espaços;
- A importância da paisagem, água e natureza;
- Características arquitectónicas concebem um edifício num paraíso terapêutico.



4 | ANÁLISE DO LOCAL DE INTERVENÇÃO

4.1 | CONTEXTUALIZAÇÃO DA CIDADE DO BARREIRO

O Barreiro é uma cidade ribeirinha, onde eram realizadas atividades agrícolas e de extração de sal. Já no século XIX e após ter sido conhecido como uma vila piscatória, o Barreiro foi alvo de um processo de industrialização. O surgimento da indústria assumiu um papel fundamental no desenvolvimento da cidade, impulsionando a criação de várias infraestruturas de transportes e também a construção de grandes complexos, como é o caso da empresa e do complexo industrial da Companhia União Fabril (CUF).

No entanto, depois desta fase do Barreiro como centro industrial, deu-se o surgimento da desindustrialização criando-se assim vários vazios urbanos ou as chamadas áreas expectantes para futuras intervenções. Estas áreas são consideradas espaços não qualificados e sem qualquer função social - edifícios abandonados, baldios e devolutos – que, consequentemente, justificam o deslocamento das atividades económicas e de seguida a desocupação populacional. Ou seja, a cidade passa a ser essencialmente uma cidade dormitório, cujos moradores frequentam a sua actividade profissional noutro local.



Fig.40 – Imagem actual da contextualização geográfica do Barreiro

⁵ Programa de Acção REPARA, pág.18

“Hoje, a Zona Velha do Barreiro, denominada pela população local como “Barreiro Velho” é, fundamentalmente, uma área residencial degradada, em processo de despovoamento que é necessário reverter”⁵

Contudo, actualmente a cidade passa por um processo necessário de reestruturação urbana, com a introdução de novos elementos estruturantes, como por exemplo novos pequenos espaços empresariais, espaços de usufruto público e alguns equipamentos (anexo 6).

4.1.1 | ANÁLISE SWOT

*“A sua localização privilegiada central a sul, dotada de espaços livres a reabilitar, de futuras redes de comunicações/transporte assentes nas modalidades ferroviárias, rodoviárias e fluviais e a frente ribeirinha munida de uma das mais belas paisagens sobre a cidade de Lisboa traduzem a atratividade deste território perante investidores privados (...)”*⁶

Como foi referido anteriormente, o Barreiro tem sido uma cidade dormitório em que a população faz diariamente movimentos entre Lisboa (o seu local de trabalho) e o Barreiro (o seu local de residência). Contudo a qualidade e oferta dessas vias de comunicação é reduzida, comparando com a construção na AML. Verifica-se ainda que existe uma grande carência de equipamentos culturais e de lazer, que venham a estimular um maior fluxo entre outros concelhos da AML, dinamizando o local ou o aparecimento de nova população.

⁶ Idem, pág.29

Apesar destas carências, os vazios urbanos existentes são um ponto forte e uma oportunidade para futuras intervenções. Esperando-se assim um aumento da população bem como dos equipamentos e infra-estruturas, que irão despertar um acréscimo do nível cultural, tendo Alburrica um papel importantíssimo devido à sua localização e características de excepção.

PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	PONTOS FORTES	AMEAÇAS
Desertificação	Vazios urbanos	Proximidade a Lisboa	Declínio populacional
Carência de eixos estruturantes	Localização estratégica	Rendas baixas	Desconexão urbana
Falte de equipamentos e espaços verdes/lazer	Áreas espectáveis para novos usos e funções	Rede de transportes externa e interna	Grandes superfícies comerciais / laborais nas cidades mais próximas
Barreiras físicas	Reserva ecológica natural	Cidade plana	
Degradação do edificado e destruturação do espaço público	Edifícios com interesse patrimonial	Identidade local	
Maior tempo de deslocação à capital	Forte relação de proximidades interpessoal	Sistema de vistas	
Desconexão com o centro histórico		Ligação ao rio Tejo	
Baixo índice de qualidade de vida comparando com a AML			

Fig.41 – Tabela síntese da análise SWOT da cidade do Barreiro

4.2 | ALBURRICA

4.2.1 | PATRIMÓNIO ARQUITECTÓNICO

Alburrica é uma área ribeirinha que se encontra no extremo noroeste do Barreiro, limitada a norte e a oeste pelo estuário do Tejo e a sul pelo rio Coina. Deste território fazem parte um equipamento educacional (Escola Secundária Alfredo da Silva), uma quinta privada (Quinta Braamcamp), uma indústria corticeira desactivada (Fábrica de Cortiça da Sociedade Nacional Corticeira), alguns abrigos precários de pescadores, quatro caldeiras e respectivos moinhos de maré e três moinhos de vento. As suas características levaram-na a ser procurada para a edificação destas diversas estruturas, que actualmente são consideradas como patrimoniais.

Dos 32,74 hectares de Alburrica, a quinta Braamcamp ocupa uma área de 21 hectares e por essa razão, para além de ser um complexo rural próximo da cidade, tem ainda uma presença muito forte nesta área de intervenção. Esta quinta surgiu no séc. XVIII, quando se instalou a Sociedade Nacional de Cortiças, junto à caldeira do respectivo moinho de maré. Mas, infelizmente, em 2008 esta indústria de produção foi desativada e posteriormente, já em 2011, sofreu um incêndio. Hoje em dia, encontra-se ao abandono e num estado de degradação elevado, sendo caracterizada como uma forma de barreira urbana. Contudo, a quinta já pertence à Câmara Municipal do Barreiro, tendo esta como objetivo principal, criar um espaço público de qualidade para a cidade, preservando o seu património edificado e natural.



Fig.42 – Fotografia de uma ruína de um abrigo precário de pescadores, Alburrica



Fig.43 – Fotografia da quinta Braamcamp, Alburrica



Fig.44 – Fotografia da quinta Braamcamp, Alburrica

Inicialmente, Alburrica era uma zona de salinas, tornando-se mais tarde numa área vocacionada para a indústria moageira, surgindo a implantação de um conjunto de moinhos de maré e as suas respectivas infra-estruturas. Estes moinhos transformaram-se num elemento caracterizador da identidade histórica e cultural desta zona do Barreiro, simbolizando a forte ligação ao rio e à indústria. Estão identificados na margem do conselho de Barreiro 12 moinhos de maré, nos quais 4 (juntamente com as respectivas caldeiras artificiais) fazem parte de Alburrica: o moinho do Cabo de Pêro Moço, o moinho de maré grande, o moinho de maré pequeno e o moinho de maré do Braamcamp.



Fig.45 – Fotografia do moinho de maré da quinta Braamcamp, Alburrica

Devido ao aumento populacional e consequentemente do consumo de farinha de trigo, sentiu-se a necessidade de tornar esta produção mais rentável, incorporando novas formas de moagem. Foi assim que surgiram, estrategicamente colocados em zonas baixas junto às praias (nas linhas de penetração do vento), os moinhos de vento. Este fenómeno obrigou também ao surgimento de uma nova tipologia de moinhos gigantes, no qual o primeiro a surgir em Alburrica foi o moinho do Barão do Sobral dentro da propriedade da quinta Braamcamp, mas desapareceu após o incêndio nas instalações da Sociedade Nacional Corticeira.



Fig.46 – Fotografia dos moinhos de vento de Alburrica

No entanto, apesar da imagem característica deste tipo de edificado, o que tem maior relevância nesta zona é a predominância da estrutura natural que assume maior peso que a estrutura edificada.

4.2.2 | CONTEXTO NATURAL

Alburrica é constituída por valores históricos e patrimoniais mas também geográficos e paisagísticos. O património mencionado anteriormente, é um elemento de referência para a composição daquele sítio como lugar mas, sendo uma frente ribeirinha de eminência, a sua riqueza natural é um valor soberano. A beleza da paisagem e a riqueza natural são, por si só, um lugar com presença física (*genius loci*) e significado único. A sua posição ribeirinha, composta por uma dinâmica do sistema ecológico e biodiversidade, converte uma evidente singularidade paisagística, onde se destaca uma harmonia entre a natureza do lugar e o espaço humanizado.

Alburrica é construída através da forte presença das características naturais, da paisagem, da água, da luz, do som, do vento e das vivências do quotidiano. Os fluxos naturais e urbanos são os protagonistas deste local: o movimento rotineiro dos barcos e dos pescadores que passeiam pelo rio, os sons de alegria das crianças na escola, a paz e o romance ao redor de um casal a passear na praia, a luz do sol que é reflectida na água e a sintonia da flora com a fauna. Alburrica traduz-se na mistura de todos estes acontecimentos que dão significado e vida a este lugar. Um local quase deserto onde se veem as outras margens (Arrábida, Seixal, Almada e Lisboa). É uma zona rica em biodiversidade, onde é a natureza que desenha a arquitectura, pois Alburrica é um abrigo natural que nos permite encontrar calma e descanso.

Resumidamente, é um local social que possui um conjunto de circunstâncias que o transformaram num lugar singular e notável, de ricas e inúmeras ambiências que devem envolver-se em absoluta vida humana.

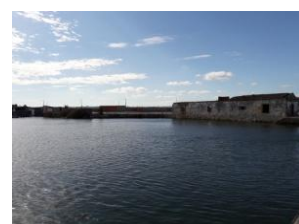


Fig.47 – Sequência de fotografias referentes ao contexto natural de Alburrica

4.3 | SÍNTESE

Concluindo, apesar da existência de vários vazios urbanos no Barreiro, Alburrica destaca-se com um grande potencial turístico pela singularidade da sua paisagem. Foi classificada no Plano Director Municipal do Barreiro (PDMB) como espaço verde de recreio e lazer e está abrangida pelo Regime de Reserva Ecológica Nacional, por isso a sua estrutura natural deve ser mantida e valorizada.

Actualmente está conferida a uma situação de obsolescência no seu património edificado, no entanto continua a ser um lugar sentido por uma população que lhe reconhece o potencial paisagístico, ecológico e até mesmo económico. É uma zona de sedimentação marinha e de grandes cheias, o que oferece vantagens para a actividade piscatória e para os tempos de lazer, pela existência da zona ribeirinha e da praia fluvial. As ruínas do antigo edificado industrial, juntamente com os moinhos de maré, constroem e caracterizam a imagem deste lugar.

Esta comunidade teve frutos de importante significado quer em termos laborais, económicos, sociais ou ambientais e, por essa razão Alburrica é alvo de um conjunto de atenções por parte da sociedade local. Ou seja, Alburrica mantém-se no imaginário da população barreirense, por isso é considerada um símbolo a preservar.

5 | PROJECTO

5.1 | PROJECTO URBANO

5.1.1 | ESTRATÉGIAS E OBJECTIVOS

As maiores problemáticas do projecto urbano para a cidade do Barreiro foram perceber que tipo de intervenções devem ser feitas nos vazios urbanos, para que estes voltem a fazer parte da vivência da cidade e quais os novos usos que fazem falta a esta população e como introduzi-los de maneira a manter a memória e identidade do património local. Uma outra preocupação foi entender como integrar as antigas linhas férreas na estrutura da cidade, de modo a que estas deixem de ser uma barreira física.

Por estas razões, os objectivos projectuais e programáticos focam-se no entendimento do carácter deste lugar e na revitalização do seu património construído, de forma a dinamizar a cidade e a retomar a sua identidade local. Posto isto, este projecto urbano baseia-se em três estratégias/objectivos principais:

- Criação de novos usos de forma a atrair diferentes pessoas e principalmente, terminar com a ideia de cidade dormitório;
- Introduzir novos espaços públicos qualificados, tornando os vazios urbanos e o património actualmente abandonado, em pontos de interesse, de convívio e lazer;
- Criar novos eixos de ligação de forma a conectar e aproximar melhor as várias áreas de intervenção e possibilitando novas acessibilidades com Lisboa;

5.1.2 | ÁREAS DE INTERVENÇÃO E SOLUÇÕES

As estratégias projectuais tiveram como fundamento cinco conceitos chaves, que foram aplicados nas quatro áreas de intervenção, seleccionadas na figura 48. Os conceitos são:

- Acessibilidade: que consiste na dinamização da cidade através da criação de novos espaços empresariais e de comércio, assim como na recolocação do novo porto fluvial e, principalmente, das ligações externas relativamente a Lisboa.
- Proximidade: é concebida através de uma requalificação urbana, isto é, da inserção de novos espaços de lazer e convívio, como as praças, largos, equipamentos de apoio piscatório e desportivos.
- Identidade: está presente principalmente no centro histórico e é caracterizada pela vivência bairrista de um espaço com edificado de baixa densidade. É essencial manter esta identidade do lugar e as memórias desta população e para isso aposta-se na criação de espaços de encontro, que promovam a existente vivência.
- Sustentabilidade: é feita através da reabilitação do edificado e requalificação dos espaços públicos verdes, que proporcionem o contacto com a paisagem e o rio.
- Conexão: entre as ligações internas da cidade que serão articuladas através de novas avenidas, ciclovias e espaços verdes – um novo passeio publico.

E, as soluções para cada área de intervenção são as seguintes (anexo 7):

A – Alburrica: Esta é uma zona de parque natural onde se propõe a interligação com a zona histórica através de uma nova praça e o melhoramento da acessibilidade às praias requalificadas através de novo estacionamento. Projectou-se um parque urbano, com diferentes zonas verdes, passadiços de

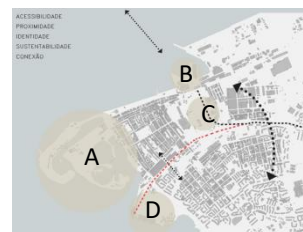


Fig.48 – Esquema das áreas de intervenção do projecto urbano



Fig.49 – Planta total das áreas de intervenção do Barreiro



Fig.50 – Planta da área de intervenção A – zona de Alburrica

madeira, ciclovia e espaços amplos para actividades ao ar livre. A ideia principal seria a de trazer tanto o turismo como a comunidade habitual e para tal, criou-se uma zona destinada à pesca e outra para desportos náuticos, e apostou-se na reabilitação da quinta, moinhos de vento e maré para locais de turismo rural, acrescentando uma zona com pequenas estruturas em madeira para alojar os visitantes, que procuram conhecer e usufruir das vivências de Alburrica.

Pois, este reabilitar e interligar os objectos de valor histórico, patrimonial, cultural e urbano proporciona uma força, coesão e afirmação urbana.



Fig.51 – Planta da área de intervenção B – Zona Histórica e Novo Porto Fluvial



Fig.52 – Planta da área de intervenção C – zona empresarial

B – Zona Histórica e Novo Porto Fluvial: Na antiga zona histórica propõe-se a requalificação do espaço urbano e reabilitação do edificado, de forma a manter a identidade local e vivência bairrista. A norte da antiga zona industrial, existe uma nova estratégia que passa pela relocalização da estação terminal ferroviária e fluvial.

C – Zona empresarial: Na antiga zona industrial, é proposto uma área destinada à actividade empresarial, com edificado de baixa densidade, onde o piso térreo seria destinado a comércio e os restantes a serviços. Aposto-se na requalificação de espaços verdes e lazer, com ciclovia e caminhos pedonais.



Fig.53 – Planta da área de intervenção D – corredor verde

D – Corredor verde e Zona Piscatória: Com a recolocação da linha férrea para norte, surge o aproveitamento do vazio urbano nas antigas instalações dos caminhos de ferro e também nas linhas que deixaram de ser utilizadas. Assim, dá-se a criação de um corredor verde nas antigas linhas do caminho de ferro, de forma a ligar a zona C a esta zona de passeio marítimo. Este corredor verde é composto por ciclovia, via de eléctrico, zona pedonal, jardim e a reestruturação de vias automóveis. Assim, as antigas instalações de apoio ao caminho de ferro, foram

requalificadas para novos usos culturais e desportivos, enquanto que a antiga estação ferroviária foi reabilitada para uma pequena marina histórica, juntamente com a zona de pescadores que passou a ter armazéns privados de apoio à pesca. Assim, criou-se um novo passeio marítimo e uma nova frente ribeirinha, com zonas de estar e de passagem completadas com estruturas permeáveis capazes de unir as diferentes áreas. Ainda na zona central desta área de intervenção existe a intenção de criar um pequeno complexo habitacional, de baixa densidade.



Fig.54 – Planta da área de intervenção D – zona piscatória

É importante realçar que todos os espaços verdes que são propostos integram um conjunto na estrutura ecológica. Por exemplo, no local mais importante para este trabalho (Alburrica), os espaços verdes são articulados num enorme parque urbano e dividem-se em diferentes tipologias e funções. Existem os espaços verdes de produção, que são espaços de uso público ou privado, que se destinam à produção de hortas urbanas, de uso colectivo ou individual pelos utentes daquele espaço. Aqui, também se destacam os espaços verdes de recreio, ou seja, de divertimento, que incluem jardins e pracetas, que possuem equipamentos de apoio e de atividades infantis. Assim como, os espaços verdes desportivos, que estão preparados com equipamentos de apoio à actividade física desportiva e recreativa.

A verdade é que, tanto Alburrica como outras áreas de intervenção do Barreiro, são espaços verdes de carácter cultural, que tentam preservar as características originais do lugar, para valorizar a identidade própria e histórica da cidade.

5.2 | PROJECTO ARQUITECTÓNICO

5.2.1 | ÁREA DE INTERVENÇÃO

A escolha do tema ligado à saúde mental foi decidida, de certo modo, por questões familiares, mais propriamente por experiências pessoais em locais destinados a tratamentos de doenças mentais. Mas, isso não seria suficiente para justificar a existência de um equipamento desta natureza na cidade do Barreiro. Então, foi preciso pesquisar e perceber as necessidades desta cidade, relativas a equipamentos de saúde. E, após uma análise estatística referente aos equipamentos de saúde na cidade do Barreiro, concluiu-se que esta localidade apresenta uma rede de cuidados de saúde diversificada, com um total de 11 equipamentos.⁵⁵

⁵⁵ CEDRU, in *Estratégia de Desenvolvimento | Barreiro 2030*, 2016, pág.48

Nesta pesquisa foi ainda possível confirmar que a rede de cuidados de saúde primários, com maior concentração no setor norte e centro do concelho, é composta por quatro unidades de saúde familiares, três unidades de cuidados de saúde personalizados, uma unidade de recursos assistenciais partilhados, uma unidade de saúde pública e uma unidade de cuidados na comunidade. E, a rede de cuidados de saúde diferenciados é constituída por um hospital - o Hospital Nossa Senhora do Rosário – Centro Hospital Barreiro Montijo (anexo 8).

Foi também de fácil compreensão que a oferta de equipamentos sociais constitui uma das primeiras linhas de resposta às necessidades da população residente, pois existem 58 equipamentos sociais. A grande maioria destes equipamentos está orientada para as crianças e jovens (37). Os equipamentos destinados para a população idosa e em situação de dependência, compõem a segunda tipologia mais expressiva

com 17 unidades (9 dos quais lares de idosos). A restante oferta, devido à sua especificidade, tem valores menores e, reparte-se pelos múltiplos públicos-alvo: família e comunidade (13), população com deficiência (5), e pessoas com doença mental do foro psiquiátrico (1) (anexo 9). Por esta razão, tem sentido que, a proposta arquitectónica, seja realizada nesta cidade, de forma a aumentar o número de equipamentos de apoio referentes à saúde mental.

Posto isto, o terceiro e último foco justificativo seria a localização concreta do meu equipamento, num dos vazios urbanos do Barreiro. Não faria sentido colocá-lo no centro histórico da cidade, visto que existem locais que podem complementar melhor a concepção de um centro terapêutico. Como tal, a escolha baseou-se na potencialidade da natureza existente na envolvente de Alburrica e da sua localização próxima do centro desta cidade. Aqui, encontra-se o parque urbano, áreas de actividades desportivas e piscatórias e ainda uma escola, que irá providenciar dinamismo e muitos sons alegres das crianças. É um ambiente caracterizado por uma grande riqueza natural, desde a presença do rio, à flora e à fauna. E, é isso que o identifica como lugar ideal para a construção de espaços sensoriais, nunca esquecendo que o poder da natureza deste local provoca uma submissão da arquitectura. Isto é, a intervenção arquitectónica deve adaptar-se e manter o carácter natural de Alburrica, pois como diz o arquitecto Siza Vieira, “*muitas vezes construir num local muito belo equivale a destruí-lo*”⁵⁶. Conclui-se que este lugar é a essência que enquadra o projecto e o projecto é o elemento que integra a paisagem do lugar.

⁵⁶ Álvaro Siza Vieira, in *Imaginar a Evidência*, pág.23

5.2.2 | OBJECTIVOS

As principais problemáticas desta área de intervenção são perceber como se pode requalificar Alburrica, de forma a influenciar a restante cidade (Barreiro) e entender de que maneira as características naturais do local podem ser enquadradas num novo equipamento de saúde. Ainda dentro desta temática, do equipamento de saúde, é necessário compreender como deve ser feita a integração de vários usos e funções num único edifício, chegando por fim à principal questão: de que forma a arquitectura pode servir como recurso terapêutico para doentes do foro psicológico?

Assim, procura-se satisfazer as necessidades da população a nível de equipamentos de saúde e espaços verdes, de forma a proporcionar ambientes acolhedores com características terapêuticas. Portanto, os objectivos principais são:

- 1 - Criar um edifício multifuncional, de qualidade construtiva e de carácter atrativo, que valorize o local de implantação;
- 2 - Perceber o contributo da arquitectura no tratamento de doenças mentais e introduzir a utilização prática do conceito Evidence Based Design, na criação de ambientes com espaços de pausa e de estimulação;

Posto isto, tem-se como soluções ou estratégias projectuais, a inserção de medidas humanizadas no tratamento do portador de sofrimento psíquico e o aumento da sua integração com a própria família e sociedade. Assim como, a criação de propostas conceptuais adequadas ao conceito de humanização e de uma medicina terapêutica focada no usuário.

5.2.3 | PROGRAMA

Surge assim, uma enorme vontade de continuar avivar a envolvente natural desta zona e utilizá-la de forma a elevar Alburrica a novos significados urbanos e arquitectónicos, tendo a estratégia programática uma responsabilidade acrescida. Com isto, a intenção será a de substituir uma arquitectura hospitalar por espaços caracterizados como ambientes terapêuticos, construindo a proposta de um Centro Terapêutico de Saúde Mental no contexto natural de Alburrica. Este equipamento de saúde, apesar do programa de centro terapêutico com salas de consultas e terapias, haverá ainda uma componente mais privada direccionada para um centro de investigação das doenças mentais. Assim como, também existe um auditório, onde poderão vir a acontecer conferências relativas a este tema ou mesmo acontecimentos autónomos ao edifício proposto.

Este centro completa-se ainda, com a existência de um pequeno canil e gatil, e um bloco de residências assistidas, para os doentes que têm dificuldades de adaptação e inserção na sociedade. Tanto no exemplo da Fundação Champalimaud, como no caso de estudo da Fundação António Manuel Sardinha, existiram grandes preocupações com a existência de espaços exteriores com intenção social e de lazer. E, isso foi também um ponto fundamental na concepção deste projecto, pois todo o espaço público que foi desenhado tem a mesma importância que o edificado construído. Então, também ele foi pensado no seu utilizador, tendo assim diferentes espaços, como um jardim terapêutico, espaços de estar e passear com vista para o rio, um anfiteatro ao ar livre, um espelho de água, espaços verdes, pequenas hortas e mesmo uma pequena capela, que representa um pouco a antiga e ainda actual, realidade portuguesa, em que a religião e a cura caminham lado a lado.

É importante perceber que, apesar deste centro ser um espaço com um programa relativamente vasto, estas valências médicas, terapêuticas e ocupacionais são destinadas, essencialmente, para o período pós-internamento. Ou seja, todos os espaços estão pensados para serem utilizados por doentes que já passaram pelo período mais complicado das suas doenças. Pois, nesta fase (pós-internamento) já se encontram controlados medicamente e dão continuidade ao tratamento com variadas actividades físicas e mentais, que acontecem neste tipo de centros. Assim, o programa enquadra-se de uma forma mais livre e com menos preocupações projectuais, do que se fosse um projecto arquitectónico que incluísse o internamento dos doentes. Desta forma, foi criado um projecto de um centro terapêutico, com base no ideal de uma estrutura comunitária, proporcionando diferentes actividades ao cidadão comum, que está a concluir o seu processo de cura.

5.2.4 | PROPOSTA

Como referido anteriormente, a principal ideia deste projecto é a criação de um edifício multifuncional que é completado com outras pequenas construções e com todo o seu espaço público envolvente. Mas, mais do que o programa proposto e as ambiências do interior e exterior, no início de todo este processo, foi importante perceber que o projecto arquitectónico iria ter um impacto significativo em Alburrica, tornando-se num elemento revitalizador na sua envolvente. Por esta razão, tentou-se que a sua inserção neste lugar respondesse ao objectivo de enquadrar o edifício no local com mais edificado construído em Alburrica, de forma a não o monumentalizar, mas sim a interligá-lo com o existente. Assim sendo, o Centro Terapêutico é proposto numa das entradas já existentes para Alburrica, localizando-se entre a Quinta Braamcamp e a Escola Básica e Secundária Alfredo da Silva. Este é um lugar próximo da zona histórica do Barreiro, que tem presente uma forte ligação ao rio e onde o som da natureza envolvente se une com a alegria constante do recreio das crianças. A sua localização permitiu responder a preocupações com o espaço público e com a vista para o rio, destacando todo o passeio público proposto que é composto pelo anfiteatro ao ar livre, como pelo enorme parque urbano de Alburrica.

A forma do equipamento e a sua volumetria estão ligados à malha urbana da cidade. Por essa razão, foi possível chegar a esta forma através da conexão entre as geometrias do construído existente e as direcções dos eixos projectados na proposta urbana. Assim, a ligação das antigas estruturas com o novo equipamento, é feita a partir do espaço público verde,

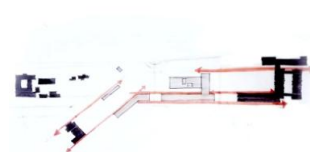


Fig.55 – Esqueto da implantação da proposta, pelos eixos geométricos

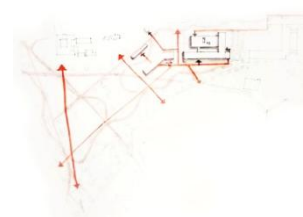


Fig.56 – Esqueto dos percursos exteriores



Fig.57 – Esqueto da forma do edificado proposto



Fig.58 – Esquema da posição solar

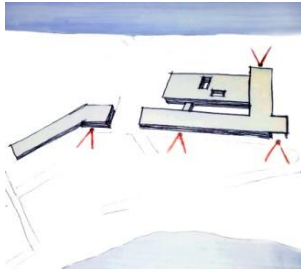


Fig.59 – Esquema das vistas

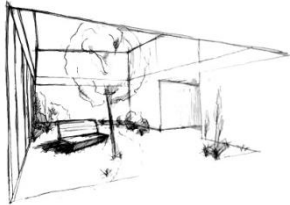


Fig.60 – Esqueto do pátio central



Fig.61 – Esqueto da vista para o pátio central

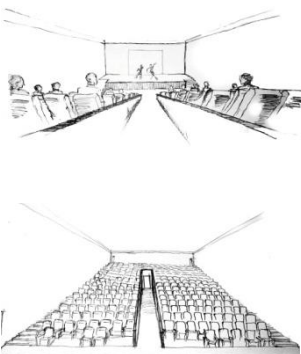


Fig.62 – Esquetos do auditório

criando novas vivências e harmonias. Ou seja, foi possível criar novas dinâmicas sem esquecer o passado, relacionando a forma com o existente e o proposto. Ainda relativamente à forma e à sua ligação com o lugar, também o desenho dos alçados se comporta de diferentes formas de acordo com a paisagem. É exemplo disso, o alçado Este, que representa a entrada principal, mas tendo vista para a escola baseia-se na simplicidade e na aplicação de pequenos vãos. Ou por exemplo, o alçado oposto que está direccionado para a Quinta Braamcamp, também acaba por não ter muitas aberturas de

vãos. Pois, os alçados com aberturas de vãos maiores são os que proporcionam vistas para o rio e jardins ou para o pátio central do edifício. Assim, dá-se resposta às preocupações com os espaços luminosos e com a inserção da natureza, através das paisagens e atmosferas terapêuticas. Sendo também possível aproximar o espaço verde com o espaço construído através dos pátios e da passagem que atravessa o edifício.

O equipamento necessita ser visível e acessível, mas o seu uso deve ser tão importante quanto a sua imagem, pois este acabará por ser um edifício de referência na cidade. Então, após o ponto anterior referente à forma, segue-se agora a apresentação das diferentes funções de cada espaço. A Sul localizam-se as funções que requerem um carácter médico e científico. Ou seja, é nesta ala principal do edifício, correspondente à entrada do edifício, que se encontram no piso térreo as funções médicas e no piso superior o centro de investigação, que introduz as áreas científicas no edifício. Ainda no piso térreo, junto à entrada e na direcção oposta a esta ala, existe um espaço expositivo/informativo que inclui, uma sala de exposições para os trabalhos realizados pelos doentes e, um

auditório de dois pisos com capacidade para 234 pessoas, que foi desenhado tendo a possibilidade de tornar o seu uso autónomo ao edifício. Na zona Sul do equipamento, existe uma passagem de vidro no piso térreo para a zona Norte, que leva os doentes aos espaços designados terapêuticos e ocupacionais. A decisão de colocar o centro terapêutico a Norte não se fundamenta apenas nas vistas, mas principalmente, porque ao contrário da zona Sul, que acontecem momentos rápidos e casuais, este espaço é destinado a actividades mais demoradas, fazendo assim sentido localizá-lo mais longe das entradas. Ou seja, numa consulta o doente fica apenas naquele espaço, num curto período de tempo de espera até à consulta se realizar, mas no centro terapêutico os doentes permanecem algumas horas do seu dia a praticar diversas actividades. Concluindo o tema da funcionalidade, é possível resumir que o equipamento proposto é resultado de um composto de 3 partes diferentes, que só completam o programa com a introdução das residências assistidas, numa volumetria à parte desta, e com tudo o que a sua envolvente urbana representa.

Posto isto, é de fácil compreensão que a intenção de conceber várias funções num único projecto, tem como objectivo optimizar as diversas actividades e conduzir os pacientes de forma natural, através da hierarquia dos espaços interiores, respondendo assim a preocupações com os percursos e vivências interiores e exteriores. Por isso, a organização espacial é talvez o ponto principal para a fácil compreensão deste projecto e, foi pensada de forma funcional e humanizada. Na entrada principal conseguimos ter a opção de dois espaços de espera, um dirigido para o auditório e sala de exposições, onde também se encontra o bar, e o outro de maior dimensão para as restantes actividades que se praticam no edifício. Aqui encontra-se então a ala médica, onde estão os gabinetes

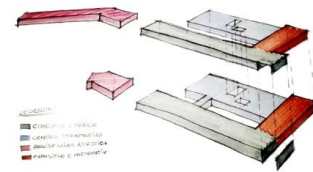


Fig.63 — Esquissos das funções do programa

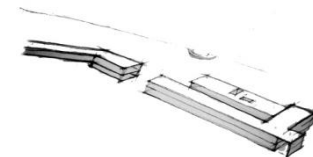


Fig.64 — Esquizzo da forma

médicos e um enorme espaço de espera com acesso ao pátio central e que é marcado pelo seu duplo pé direito, que liga as funções dos dois pisos. De seguida, verifica-se a existência de uma área destinada apenas para os funcionários, que é composta pelos vestiários e uma pequena copa. Ainda neste recanto do edifício aparece um espaço mais resguardado, que é uma biblioteca comum aos dois pisos, ligando mais uma vez os médicos e os seus pacientes com os cientistas de investigação. Passando assim ao piso superior deste volume, confere-se um ambiente de trabalho dos investigadores de doenças mentais, composto por salas de reuniões, gabinetes de trabalho, laboratório de investigação e ainda espaços comuns, interiores e exteriores, onde poderão conviver e trocar ideias. Voltando ao piso térreo é de realçar a passagem que existe entre a zona de consultas e o centro terapêutico, que nos levará de imediato a uma sala de convívio e ao refeitório. É nesta zona que se começam a distribuir várias actividades terapêuticas de nível físico, como por exemplo, fisioterapia, tratamentos electromagnéticos, exercícios na sala snoezelen e também nas piscinas terapêuticas, que incluem uma piscina com luz natural e outra central mais escura. Todos estes espaços são complementados com zonas de serviço, como a copa da cozinha, as instalações sanitárias, a lavandaria ou mesmo os balneários da piscina. Já no piso superior as actividades são de carácter ocupacional, de forma a estimular os doentes, com actividades artísticas como a pintura, cerâmica, tecelagem, música e teatro. Existindo ainda uma sala de computadores e uma sala polivalente para actividades diversas, que tem a possibilidade de se juntar à sala de teatro. Aqui, também a ligação ao exterior foi importante e, por isso existe uma varanda comum a um pequeno pátio do piso térreo. Destaca-se ainda a marcação dos percursos interiores através de pontos de iluminação, originados pelo prolongamento vertical dos pátios criados no piso inferior a este. Este projecto teve também

preocupações a nível das áreas técnicas necessárias e como resposta foram representados tectos falsos, em conjunto com um piso subterrâneo destinado para essas zonas.

Relativamente às residências, foram desenhadas em galeria e existem duas tipologias que se unem através de uma varanda comum. Sendo um bloco pensado para que funcionasse de forma autónoma, tanto os quartos duplos como os quartos singulares, possuem um motor central com instalações sanitárias e uma pequena cozinha. E, também por esta razão existe ainda, por cima da sala de convívio, um quarto destinado ao médico/enfermeiro vigilante e uma área de banhos assistidos. Neste bloco das residências, existe ainda no piso térreo espaços de comércio com duas lojas pequenas e outras duas maiores.

A materialidade tem um papel importante na coesão do projecto arquitectónico. E, no presente projecto optou-se por utilizar uma estrutura de betão à vista, com algumas fachadas de alvenaria de tijolo revestidas em madeira. Esta simples combinação tem como resultado uma suave introdução do edifício na sua envolvente natural. A ligação da estrutura com a volumetria da forma é feita através de alguns pontos de interesse, como por exemplo os pilares e alguns elementos estruturantes manterem-se em betão à vista. Assim como, a cobertura do edifício mais alto ter uma espécie de pele em betão, que marca a entrada principal com uma pala.

Relativamente às paredes interiores de alvenaria e os tectos falsos, têm acabamento de tinta branca, destacando-se assim dos elementos estruturantes de betão. Portanto, as cores principais do projecto são os tons naturais utilizados no mesmo. Na sequência do estudo realizado até então, salienta-se a importância da aplicação da cor no espaço. A cor amarela é

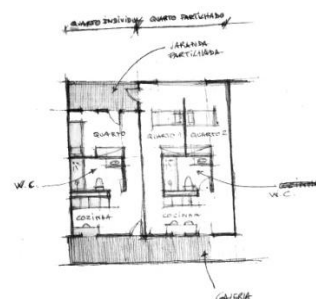


Fig.65 – Esquizzo das tipologias das residências

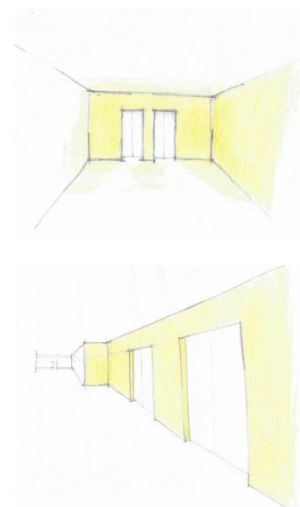


Fig.66 – Esquizzo da cor amarela nas paredes dos acessos

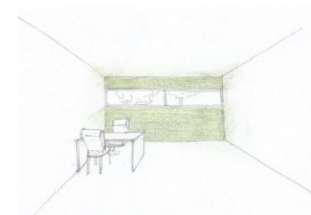


Fig.67 – Esquizzo da cor verde na parede do gabinete médico

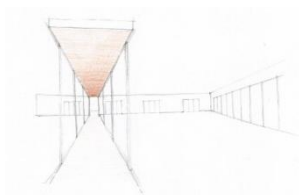


Fig.68 – Esqueto da cor laranja no tecto da passagem de vidro



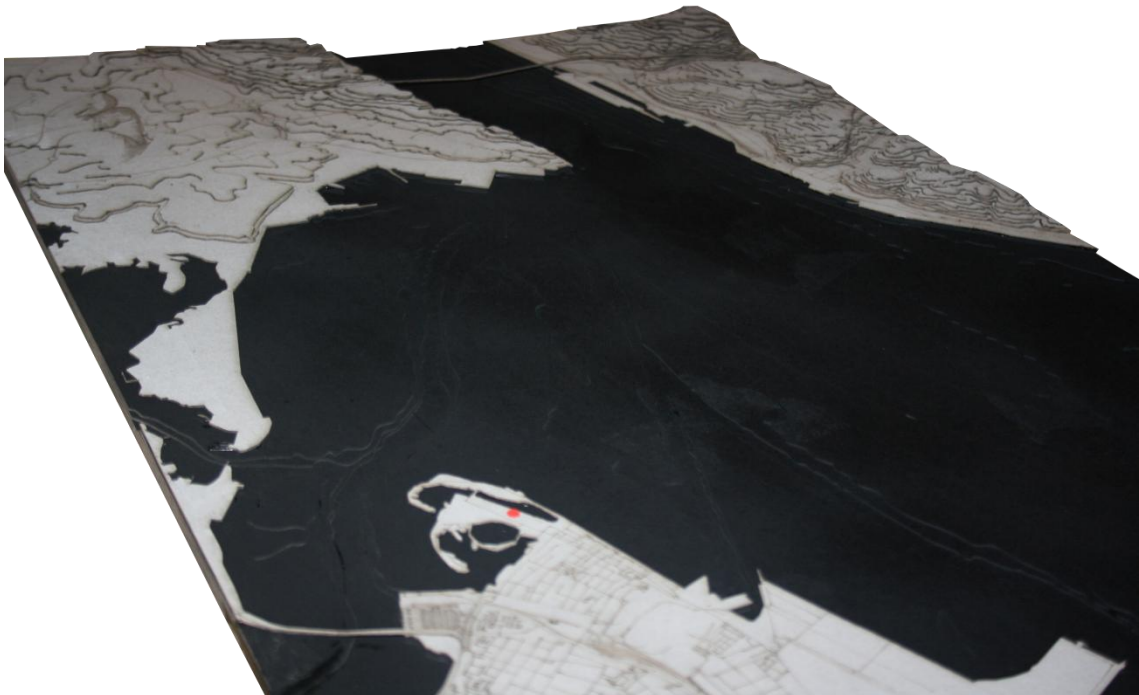
Fig.69 – Esqueto da cor vermelha na parede exterior da entrada para o pátio

estrategicamente aplicada nas paredes dos acessos verticais, segundo os efeitos e sensações que esta provoca. Na zona de espera para as consultas médicas pinta-se os pilares de verde, com a intenção de transportar as cores naturais do pátio central para o interior do edifício. E, por seguinte, os gabinetes médicos registam a mesma cor na parede que possui o vão, criando mais uma vez a relação com a paisagem exterior. Já a cor azul, que transmite calma e tranquilidade é colocada pontualmente em algumas paredes da biblioteca e no pavimento que marca as entradas para o laboratório do centro de investigação. É também interessante observar que a ligação entre a ala médica e o centro terapêutico é marcada por um corredor de vidro com o tecto laranja, de forma a iluminar e estimular a passagem para outras actividades. E que, na entrada do pátio central, uma das paredes possui a cor vermelha de forma a que, quando se desse incidência solar, o tom fosse reflectido para o espaço interior envolvente. Existem ainda alguns outros sítios em que a cor é aplicada, sempre com esta intenção de provocar sensações.

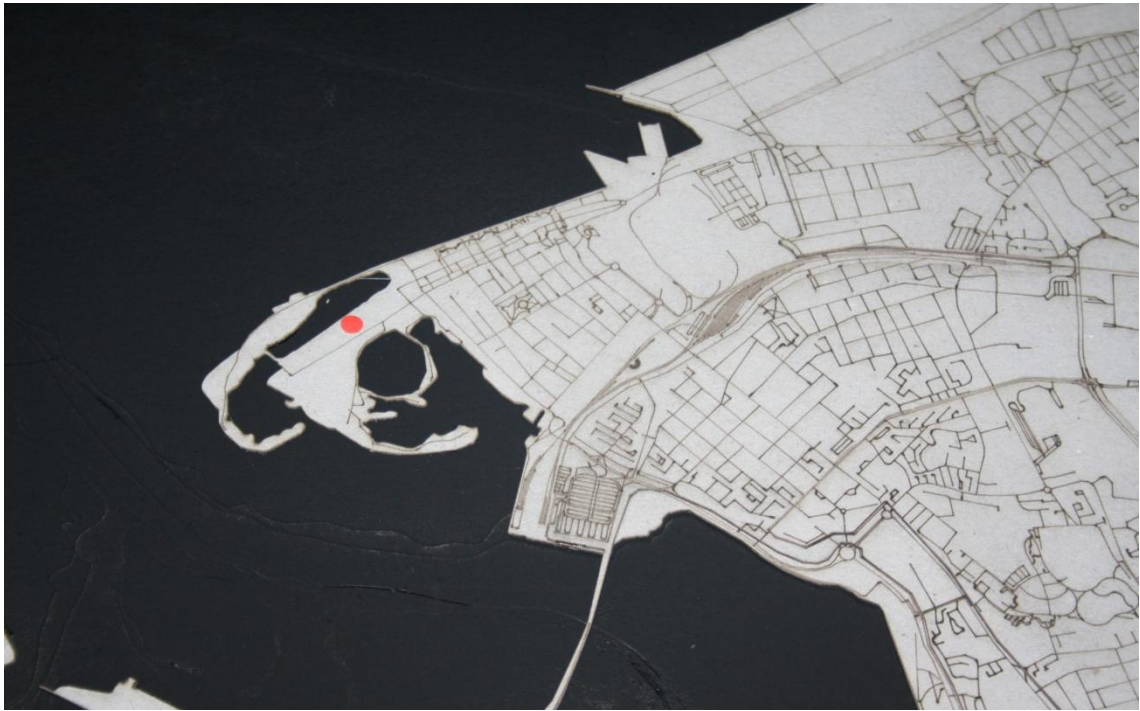
Resumindo, este projecto integra todos os conceitos estudados e analisados nos capítulos anteriores e, por essa razão representa diversos pontos fundamentais para a concepção de um edifício focado no seu usuário. Responde a preocupações ambientais, exteriores e interiores, através da sua contextualização natural e da criação de espaços terapêuticos, fundamentados na harmonia e conforto. Torna-se assim, numa proposta que evidência a importância do conceito humanização, para a produção de melhores resultados no processo de cura e tratamento de doenças mentais.

MAQUETES

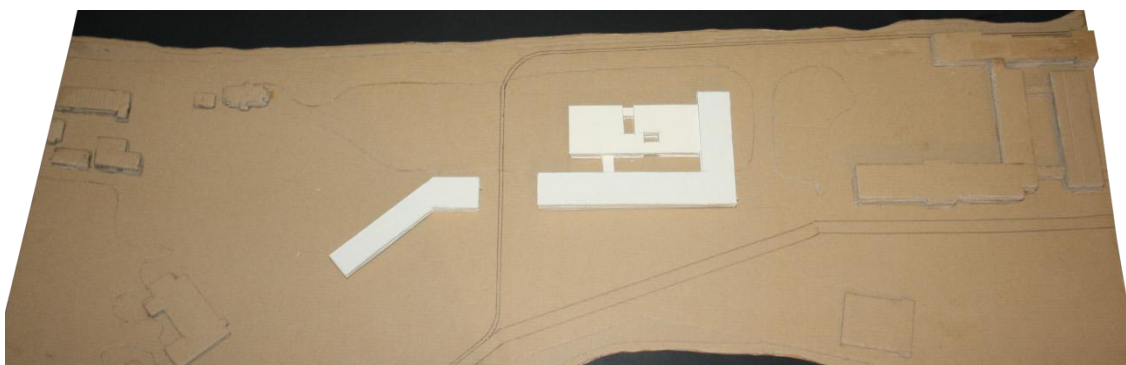
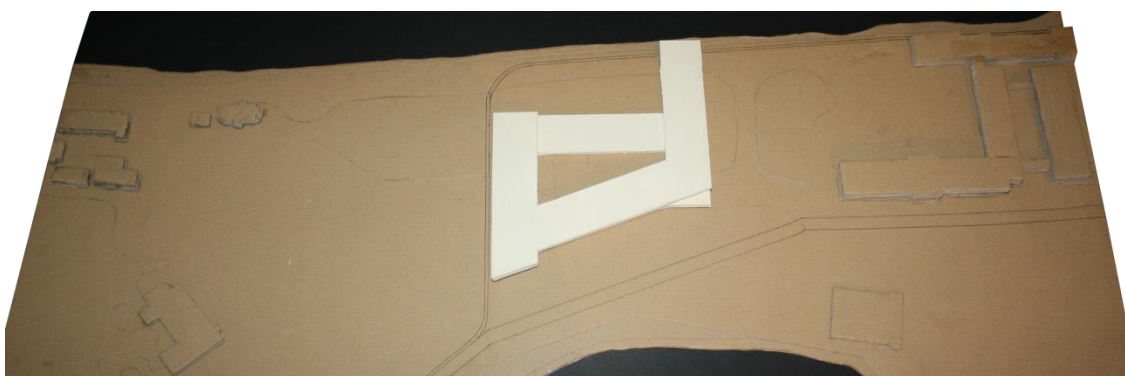
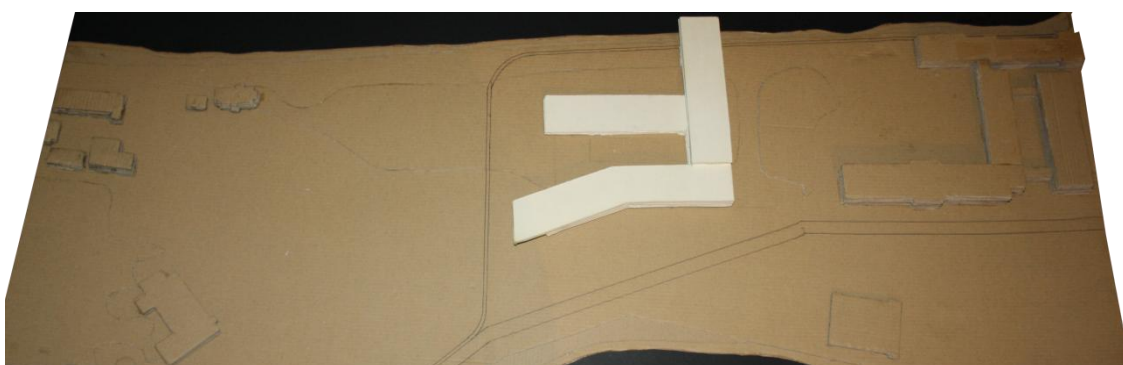
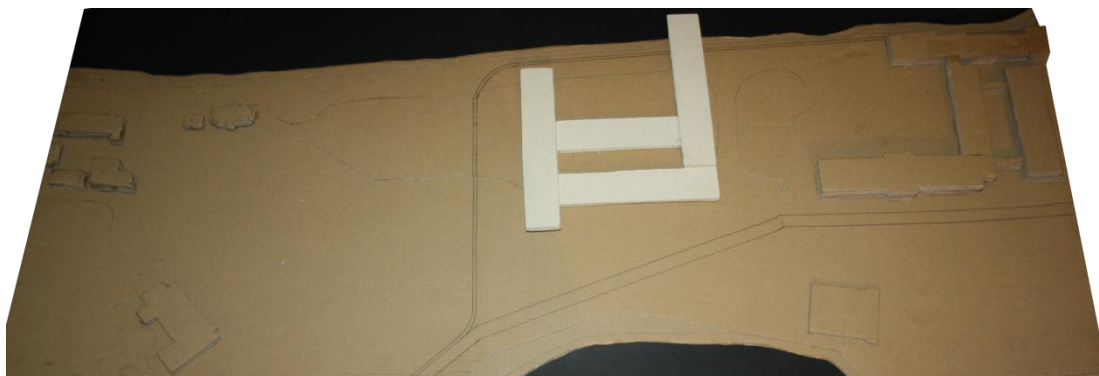
Maquete do urbano existente – escala 1.5000

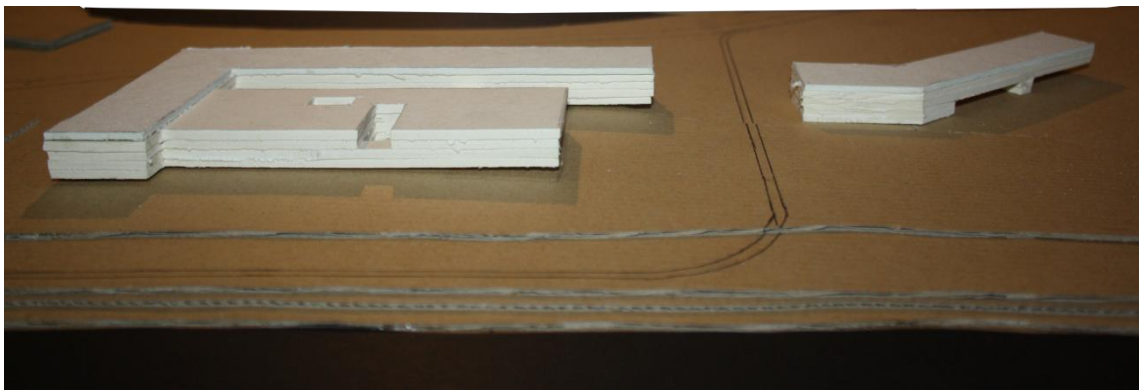
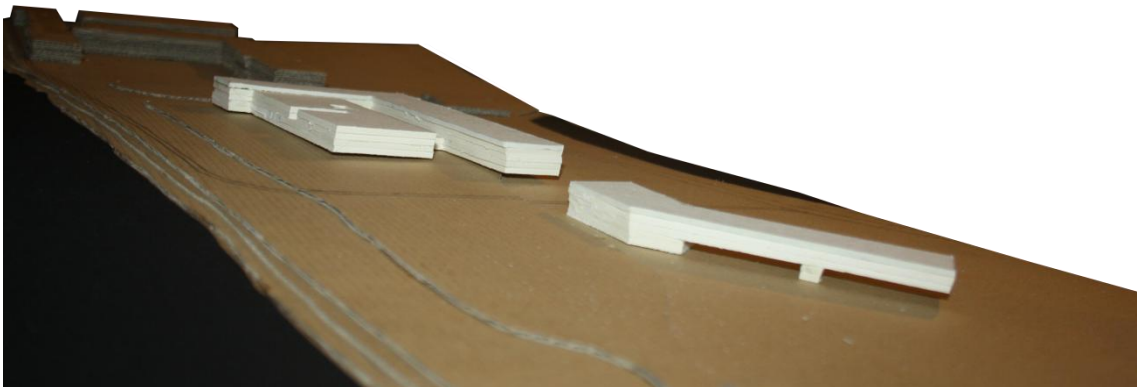
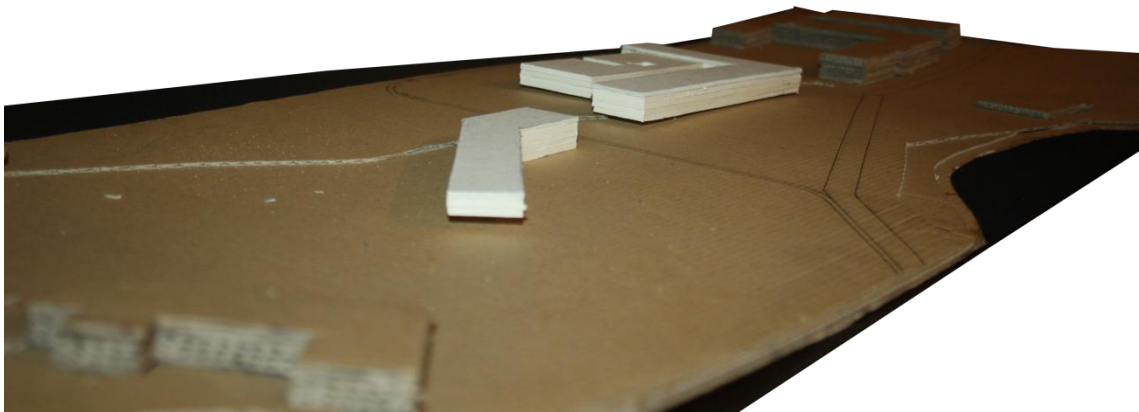
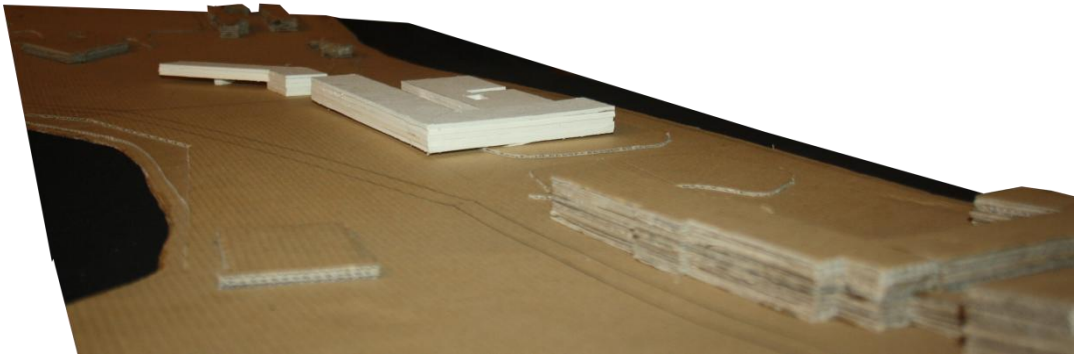






Maquetes de estudo da evolução da forma – escala 1.500





Maquetes de estudo dos materiais utilizados nas fachadas – escala 1.500



6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como intenção um reaproveitamento dos vazios urbanos do Barreiro, de forma a revalorizar aquilo que é a imagem da cidade. Ou seja, a estas zonas expectantes é devolvido o sentimento de pertença na cidade. Pois, estes vazios urbanos apresentam uma oportunidade de regenerar a malha urbana, permitindo a sua exploração para novos usos, como foi o caso deste projecto. Alburrica tornou-se assim numa aposta urbana, enquanto motor dinamizador da cidade, procurando-se desenvolver novas experiências entre este local e os seus visitantes. Pretendeu-se então, responder com espaços de diferentes actividades: turísticas, culturais, desportivas e até de saúde. Este é um local privilegiado pelo seu carácter histórico e natural, pois toda a sua paisagem envolvente foi motivo para a concretização de um edifício que tem como objectivo promover a saúde dos seus usuários. E, também a forma e os materiais utilizados no projecto arquitectónico, conferem ao equipamento um carácter de inclusão com a sua envolvente, retirando assim o potencial máximo de Alburrica.

Este Centro Terapêutico de Saúde Mental, visa proporcionar condições de bem-estar durante o processo de cura dos doentes, então a problemática inicial seria compreender de que forma a arquitectura poderia influenciar na concretização desse objectivo. E, para um melhor entendimento da interação das pessoas com os espaços médicos e o impacto da arquitectura na modificação da sua recuperação, foram feitas algumas pesquisas e análises de diferentes casos de estudo, que reforçaram a elaboração deste projecto. Para a preparação deste processo teórico, recorreu-se a métodos e abordagens que defendem estratégias projectuais com impacto positivo na cura. Exemplo disso é o EBD, que destaca o uso dos elementos

clássicos (como a luz solar e a natureza), como fundamentais na concepção da arquitectura ligada à saúde.

Como referido anteriormente o equipamento proposto é direccionado para uma determinada fase do processo de cura destes doentes, por essa razão foi construído um programa com base nas necessidades de um doente durante essa fase (pós-internamento), usando estratégias que estimulem a sua inserção na sociedade. É desenvolvido um forte programa de terapia ocupacional para os pacientes, que integra actividades físicas, artísticas e ainda acções informativas e explicativas deste tema. Mais do que um equipamento de saúde, este projecto representa uma estrutura comunitária, que se baseia em actividades terapêuticas e ocupacionais.

Tão importante como cuidar e curar, é também o compreender as causas e tentar prevenir este tipo de doenças. E, para uma evolução futura deste tema foi também incluído ao programa do centro terapêutico e das residências assistidas, um centro de investigação de saúde mental. Reconhece-se assim, ao equipamento, a atitude de referência projectual, por meio das actividades que este conjunto comporta.

Concluindo, foi desenvolvida uma proposta projectual na cidade do Barreiro, segundo um conjunto de conceitos considerados substanciais para o futuro desenvolvimento da cidade. E, um Centro Terapêutico de Saúde Mental em Alburrica, que irá reforçar a rede Nacional de Saúde e responder a necessidades da população local. É um equipamento que está integrado em espaços verdes e pretende dar uma resposta positiva no processo de cura.

7 | BIBLIOGRAFIA

ALDRABINHA, Susana Maria Ferreira. *Arquitectura e Saúde. Contributos para o projecto de saúde para a cidade de Odivelas.* Projecto de Mestrado Integrado em Arquitectura. Faculdade de Arquitectura da Universidade de Lisboa. 2013.

ALMEIDA, Pedro Vieira; FERNANDES, José Manuel. *A Arquitectura Moderna. História da Arquitectura em Portugal.* Editora Alfa. 1986.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA HOTELARIA HOSPITALAR. *Quando a Arquitectura Hospitalar influencia a cura.* 2014. [Consult. 7 Outubro 2017]. Disponível em: <https://www.aphh.pt/quando-a-arquitetura-hospitalar-influencia-a-cura/>.

CEDRU. *Estratégia de Desenvolvimento | Barreiro 2030.* Referencial Estratégico e Modelo de Desenvolvimento Territorial. 2016.

CORREA, Charles. *730 dias por Rui Ochôa - Champalimaud Center for the Unknown.* Fundação Champalimaud. 2010.

COSTEIRA, Elza Maria Alves. *O Hospital do Futuro. Saúde e Arquitectura: Caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares.* Editora SENAC. 2004.

DUARTE, Teresa. *Recovery da doença mental : Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental.* *Análise Psicológica*, 1 (XXV). Pp. 127-133. 2007.

FERNANDADG. *Hospitais que ajudam a curar os pacientes.* Blog dicas de Arquitectura. 2016. [Consult. 12 Outubro 2017]. Disponível em: <http://dicasdearquitetura.com.br/hospitais-projetados-para-ajudar-curar-os-pacientes/#more-7718>.

FIGUEIREDO, Elsa. *Ambientes de Saúde. O Hospital numa perspectiva ambiental terapêutica* in Luís Soczka (org.) *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental.* Fundação Calouste Gulbenkian - Serviço de Educação e Bolsas. 2005.

FORBRAIN SNOEZELN ROOM. *Sala Snoezelen.* 2017. [Consult. 23 Outubro 2017]. Disponível em: <http://www.forbrain.pt/sala-snoezelen/descricao/>.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. Editora Perspectiva (tradução de José Teixeira Netto). 1972.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Graal. 1979.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Editora Vozes. 2008.

FUNDAÇÃO AFID DIFERENÇA. 2018. [Consult. 09 Janeiro 2018]. Disponível em: <https://www.afid.pt/>

GONTIJO, Joana. *Espaços Humanizados: Arquitectura pode e deve contribuir para tornar ambientes de saúde mais acolhedores*. 2015. [Consult. 7 Outubro 2017]. Disponível em: http://www.lugarcerto.com.br/app/601,60/2015/04/19/interna_decoracao,48719/arquitetura-pode-e-deve-contribuir-para-tornar-ambientes-de-saude-mais.shtml.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Debates Psicologia. Editora Perspectiva (tradução de Dante Moreira). 1974.

GUELLI, Augusto. *Hospitais Saudáveis. Uma nova abordagem ao projecto do edifício de saúde*. III Seminário Hospitais Saudáveis. 2010. [Consult. 11 Outubro 2017]. Disponível em: <http://www.hospitaissaudaveis.org/pdf/2C%20Augusto%20Guelli.pdf>.

KUHNEN, Ariane; FELIPPE, Máira Longhinotti; LUFT, Caroline Di Bernardi; FARIA, Jeovane Gomes. *A importância da organização dos ambientes para a saúde humana*. Psicologia & Sociedade. Pp. 538-547. 2010.

LYNCH, Kevin. *A imagem da cidade*. Edições 70 (tradução de Maria Cristina Afonso). 2009.

MARTINS, Ana. *Os espaços e o seu impacto na cura. Proposta de um centro terapêutico de alcoolismo, Quinta do Mocho, Sacavém*. Projecto de Mestrado em Arquitectura. Faculdade de Arquitectura da Universidade de Lisboa. 2015.

MIRANDA, Letícia Gargantini; BOSCOLI, Maria Alessandra Bacaro. *Os espaços Psiquiátricos*. 2013. [Consult. 9 Outubro 2017]. Disponível em: <http://www.unoeste.br/site/enepe/2013/suplementos/area/Humanarum/Arquitetura%20Urbanismo/OS%20ESPA%C3%87OS%20PSIQUI%C3%81TRICOS.pdf>.

MONTEIRO, Ana. *Do asilo aos cuidados comunitários: evolução da enfermagem psiquiátrica em Portugal.* 2013. [Consult. 23 Março 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258149177_DO_ASILO_AOS_CUIDADOS_COMUNITARIOS_EVOLUCAO_DA_ENFERMAGEM_PSIQUIATRICA_EM_PORTUGAL Modelos do cuidar em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Contributos da reflexão sociológica

NOGUEIRA, Maribel. *Saúde Mental e Arquitectura: um estudo sobre o espaço e o ambiente e a sua inserção no processo terapêutico.* Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2001.

ORNELA, José; MONTEIRO, Fátima J.; MONIZ, Maria João Vargas; DUARTE, Teresa. *Participação e Empowerment das pessoas com Doença Mental e seus Familiares.* AEIPS Edições. 2005.

ORWELL, George. *1984 y el Panóptico de Bentham | George Orwell y Michel Foucault.* 2016. [Consult. 26 Outubro 2017]. Disponível em: <http://humanitats.blogs.uoc.edu/2016/06/06/1984-y-el-panoptico-de-bentham-george-orwell-y-michel-foucault/>.

PAIS, Armando da Silva. *O Barreiro Antigo e Moderno.* Câmara Municipal do Barreiro. 1963.

PEREIRA, José Manuel Morgado. *A Psiquiatria em Portugal. Protagonistas e história conceptual (1884-1924).* Dissertação de Doutoramento em Altos Estudos em História. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. 2015.

PERNÃO, João Nuno. *A cor como forma do Espaço definida no tempo: Princípios Estéticos e Metodológicos para o estudo e aplicação da cor em arquitectura e nas artes.* Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Faculdade de Arquitectura da Universidade de Lisboa. 2012.

QUEIRÓS, Helena. *A percepção sensorial e o espaço terapêutico. O centro terapêutico em Aveiro.* Dissertação de Mestrado em Arquitectura. Universidade Lusíada do Porto. 2012.

RÊGO, Daniel Páscoa Soares. *A Arquitectura como Instrumento Medicinal. Papel Terapêutico dos espaços de saúde na sua missão de curar e cuidar.* Dissertação de Mestrado Integrado em Arquitectura. Instituto Técnico de Lisboa. 2012.

RODRIGUES, Pedro. *Projectos de Arquitectura e Desenho Urbano como processo de investigação.* Arquitectura Global. Editora Pandora. 2010

SANTOS, António de Almeida. *Lei de Saúde Mental*. Aprovada em 18 de Junho de 1998. [Consult. 23 Outubro 2017]. Disponível em: <http://www.adeb.pt/pages/lei-de-saude-mental>.

SANTOS, Lisa Margarida Câmara. *Paisagens Terapêuticas. Princípios de Desenho e Tipos de Jardins Terapêuticos*. Dissertação de Mestrado em Arquitectura Paisagística. Instituto Superior de Agronomia da Universidade de Lisboa. 2015.

SOARES, Juliana Lopes. *A Arquitectura de residências terapêuticas*. IV Seminário de Arquitectura e Engenharia Hospitalar. 2008. [Consult. 22 Outubro 2017]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/arg_res_terap_ufba.pdf.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL. *Termos em Saúde / Perturbação Mental*. [Consult. 3 Abril 2018]. Disponível em: <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/termos-em-saudeperturbacao-mental/>

SOMBRA, Rodrigo. *Um olhar sobre o design baseado em evidências*. 2013. [Consult. 14 Outubro 2017]. Disponível em: <http://www.diagnosticoweb.com.br/noticias/mercado-e-negocios/um-olhar-sobre-o-design-baseado-em-evidencias.html>.

SOUSA, Catarina Bentes Oom. *Arquitectura para a doença de Alzheimer. Projeto de uma Unidade de Cuidados Especiais: A Casa da Árvore, em Marvila*. Projecto de Mestrado Integrado em Arquitectura. Faculdade de Arquitectura da Universidade de Lisboa. 2016.

TAGLIANI, Simone. *Será que é mesmo possível que a Arquitectura possa funcionar como uma espécie de terapia?* Blog da Arquitectura. 2017. [Consult. 11 Outubro 2017]. Disponível em: <https://blogdaarquitectura.com/esse-hospital-e-a-prova-de-que-a-arquitetura-pode-sim-auxiliar-no-tratamento-de-doencas/>.

TOLEDO, Luiz Carlos Menezes. *Feitos para cuidar. A Arquitectura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar*. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura. Faculdade de Arquitectura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2008.

ULRICH, Roger. *Evidence Based Environmental Design for Improving Medical Outcomes*. 2014. [Consult. 12 Abril 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/254623064_Evidence_Based_Environmental_Design_for_Improving_Medical_Outcomes

VIEIRA, Álvaro Siza. *Imaginar a Evidência*. Edições 70. 2000.

XAVIER, Salomé. *O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos?*. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Vol.11 nº2. 2013.

ZUMTHOR, Peter. *Atmosferas. Entornos arquitectónicos – As coisas que me rodeiam*. Editorial Gustavo Gil (tradução de Astrid Grabow). 2006.

ZUMTHOR, Peter. *Pensar a Arquitectura*. Editorial Gustavo Gil (tradução de Astrid Grabow). 2009.

8 | ANEXOS

Anexo 1: Lei da Saúde Mental (Lei n.º 36/98 de 24 de Julho), aprovada pela Assembleia da República – artigo 2º, 3º e 5º.

Fonte: in http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=276&tabela=leis

“CAPÍTULO I - Disposições gerais

Artigo 1.º

Objectivos

A presente lei estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo: dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.

Artigo 2.º

Protecção e promoção da saúde mental

1. A protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive.
2. As medidas referidas no número anterior incluem acções de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações.

Artigo 5.º

Direitos e deveres do utente

1. Sem prejuízo do previsto na Lei de Bases da Saúde, o utente dos serviços de saúde mental tem ainda o direito de:
 - a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis;
 - b) Receber tratamento e protecção, no respeito pela sua individualidade e dignidade;
 - c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnosticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros;
 - d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito;

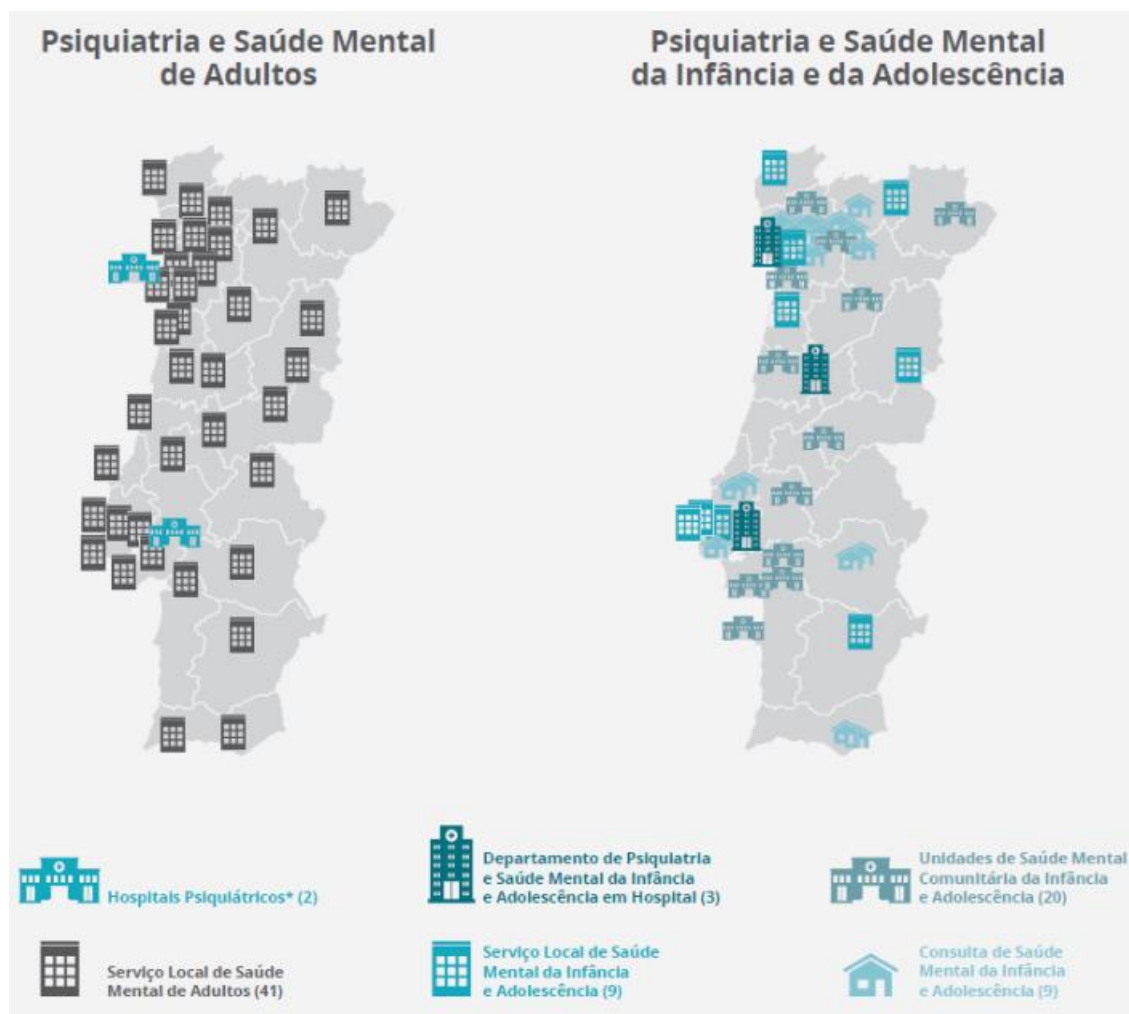
- e) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou actividades de formação;
- f) Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;
- g) Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença;
- h) Receber justa remuneração pelas actividades e pelos serviços por ele prestados;
- i) Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.

2. A realização de intervenção psicocirúrgica exige, além do prévio consentimento escrito, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental.

3. Os direitos referidos nas alíneas c), d) e e) do n.º I são exercidos pelos representantes legais quando os doentes sejam menores de 14 anos ou não possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento.”




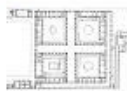

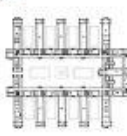

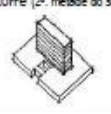
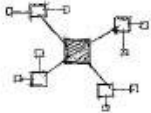
Anexo 2: Gráfico das estruturas de Saúde Mental em Portugal

Fonte: in *Programa Nacional para a Saúde Mental*, pág.10



Anexo 3: Tabela da evolução da arquitectura hospitalar

Fonte: in *A Arquitectura como Instrumento Medicinal*, pág.16

Fase	Modelo hospitalar	Representante	Paradigmas da atenção à saúde
ANTIGUIDADE 400aC - 476 (queda do Império Romano)	Templos e pântano 	<u>Templos de Esculápio</u> - Templo da Ilha de Cós, Grécia (séc. IV a II a.C.) - Templo de Esculápio em Epidauro, Grécia (460 a.C.) <u>Xenodochium</u> (hospedarias)	<u>Modelo da Saúde espiritual</u> - Água (abluições e banhos) - Paisagem natural - Dieta saudável, exercício físico - Assistência espiritual de sacerdotes
		<u>Valetudinárias:</u> - Valetudinarium de Vetera, Roma (cerca de 70 d.C.) <u>Termas:</u> - Termas de Caracalla, Roma (216 d.C.)	<u>Hospitais militares</u> - Procedimentos cirúrgicos <u>Saneamento e abastecimento de água</u> - Optimização da salubridade em meio urbano
IDADE MÉDIA 476 - 1453 (tomada de Constantinopla)	Nave 	<u>Hospitais de Caridade e Leprosários</u> - Mosteiro Maulbronn, Alemanha (1147) Enfermarias monásticas	<u>Modelo da Caridade</u> - Vínculo religioso - Assistência espiritual, preparação para a morte - Separação por sexo - Estrutura de exclusão e vigilância
RENASCIMENTO 1453 - 1789 (Revolução Francesa)	Cruciforme 	- Ospedale Maggiore (Filarete), Milão (1456) - Ospedale degli Innocenti (Brunelleschi), Florença (1419) Leon Batista Alberti (1404-1472) estabelece os cânones para a construção do hospital em modelo cruciforme	- Recuperação de ideais humanistas - Cuidados com a salubridade, higiene e saneamento - Complexificação do programa - Primeiros procedimentos terapêuticos
		<u>Instituição Múltipla</u> - Hôtel-Dieu, Paris (1657)	<u>"Antimodelo"</u> - Hospital como depósito de pessoas e estrutura de exclusão social
ERA INDUSTRIAL Fim do séc. XVIII e Séc. XIX	Pavilhonar 	<u>Hospital Terapêutico</u> - Hospital Laribosiére (Gauthier), França (1839 - 1854) - Renovação do Hôtel-Dieu, Paris (1773 -) <u>Tratadistas da arquitectura hospitalar:</u> - Jacques Tenon (1724 - 1816) - Florence Nightingale (1820-1910) - Casimir Tollef (1828 - 1899)	<u>Modelo Terapêutico</u> - Condições ambientais determinadas a partir de estudos sobre o "antimodelo" de hospital - Doença como fenómeno da natureza agindo sobre o indivíduo (teoria atmosférico-miasmática) - Valorização da ventilação e iluminação naturais - Separação dos pacientes por patologia
MODERNA Séc. XX	Monolítico (1ª metade do séc. XX) 	<u>Centro Médico</u> - Columbia-Presbyterian Medical Center, Nova Iorque (1929) - Hospital Bellevue, Nova Iorque (1964)	<u>Modelo Moderno</u> - Desenvolvimento tecnológico (Raios X) - Medicina científica (papel das bactérias, assepsia e esterilização, microbiologia e uso eficiente de medicamentos, uso de anestésicos) - Introdução do bloco operatório
	Pólio e torre (2ª metade do séc. XX) 	<u>Hospital Moderno</u> - South East Metropolitan Hospital, Inglaterra (1957)	- Desenvolvimento tecnológico (boom da tecnologia) - Diversificação profissional (médico, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, etc.) - Complexificação do programa
CONTEMPORÂNEA Séc. XXI	Em rede 	<u>Descentralização de serviços / novas tipologias:</u> - Maggie's Cancer Caring Centres (1996 -) - ReHab Basel, Herzog & de Meuron (2002)	<u>Modelo Humanizado</u> - Modelo terapêutico centrado no paciente - Humanização dos ambientes hospitalares - Conceito de ambiente terapêutico - Projecto Baseado em Evidência - Descentralização (clínica, policlínica, ambulatório) - Terceirização / home care - Telemática / telemedicina

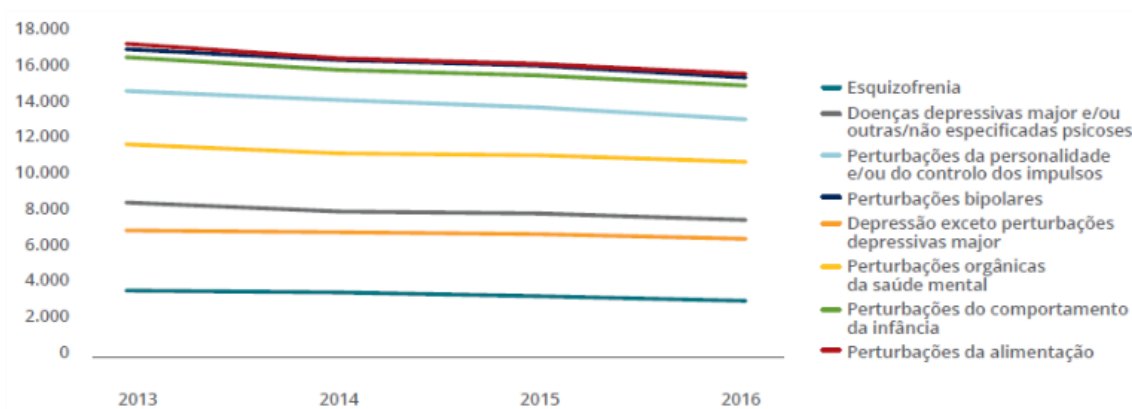
Anexo 4: Tabela dos efeitos psicológicos provocados por várias cores, segundo Henrique Muga

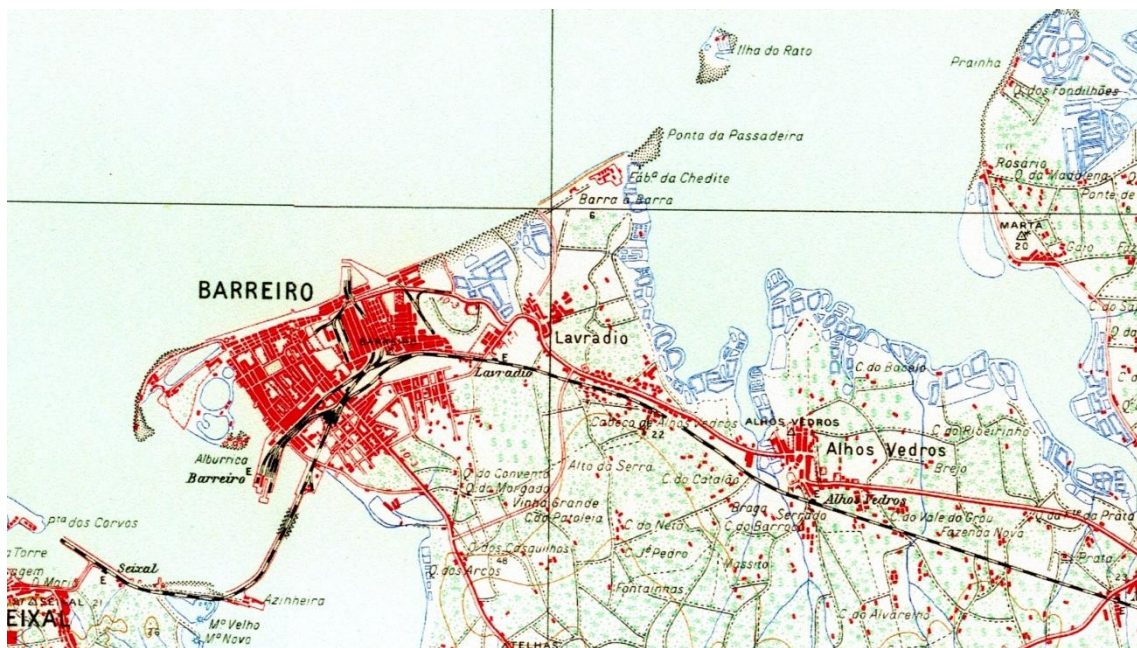
Fonte: in *A Percepção Sensorial e o Espaço Terapêutico*, pág. 50

	EFEITOS PSICO-FISIOLÓGICOS		
VERMELHO	Doce, quente e próximo. Acelera a respiração. Estimula a actividade psíquica e sexual.	Guerra, força, virilidade, poder, perigo, fogo, sangue, carne, mulher, lábios, erotismo.	Dinamismo, violência, agressividade, coragem, glória, amor, paixão, vida, luxúria, alegria.
LARANJA	Doce, apimentado, muito quente e muito próximo. Estimulante	Laranja, pôr do Sol, luz, chama, calor, poder, força, festa, perigo, segurança, fertilidade, sexualidade.	Luminosidade, alegria, euforia, amor, prazer, frivolidade.
AMARELO	Doce, muito quente e próximo. Estimulante.	Luz, chama, Verão, calor, palha, limão, terra argilosa, adolescência.	Iluminação, conhecimento, imaginação, orgulho, gozo, prazer, alegria, amor, ciúme, egoísmo, inconstância, frivolidade.
VERDE	Levemente aromático, frio e distante. Calmante e regulador.	Humidade, frescura, bosque, mar, planície, Primavera, juventude, saúde, fertilidade.	Bem-estar, paz, reserva, tranquilidade, equilíbrio emocional, sobrenatural, esperança, amor, inveja.
AZUL	Frio e distante. Calmante e aumenta a concentração.	Céu, mar, frio, montanhas longínquas, espaço, infinito, viagem.	Verdade, intelectualidade, paz, harmonia, silêncio, reserva, transcendência, crença, confiança, fidelidade, amizade, amor.
VIOLETA	Amargo, perfumado, frio e muito próximo. Calmante.	Igreja, aristocracia, poder, noite, morte, mistério, sonho, mar profundo.	Espiritualidade, misticismo, calma, autocontrolo, intimidade, fantasia, dignidade, justiça, tristeza, engano, agressividade, violência.
BRANCO		Neve, luz, claridade, dia, nascimento, baptismo, sorte, limpeza, alma, infância, castidade, casamento, cisne.	Pureza, transparência, paz, inocência, simplicidade, optimismo, divindade, pensamento, dignidade.
PRETO		Obscuridade, noite, mistério, desconhecido, poder, sujidade, morte, demónio.	Tristeza, pessimismo, dor, angústia, desespero, seriedade, nobreza, elegância, distinção, fascínio.

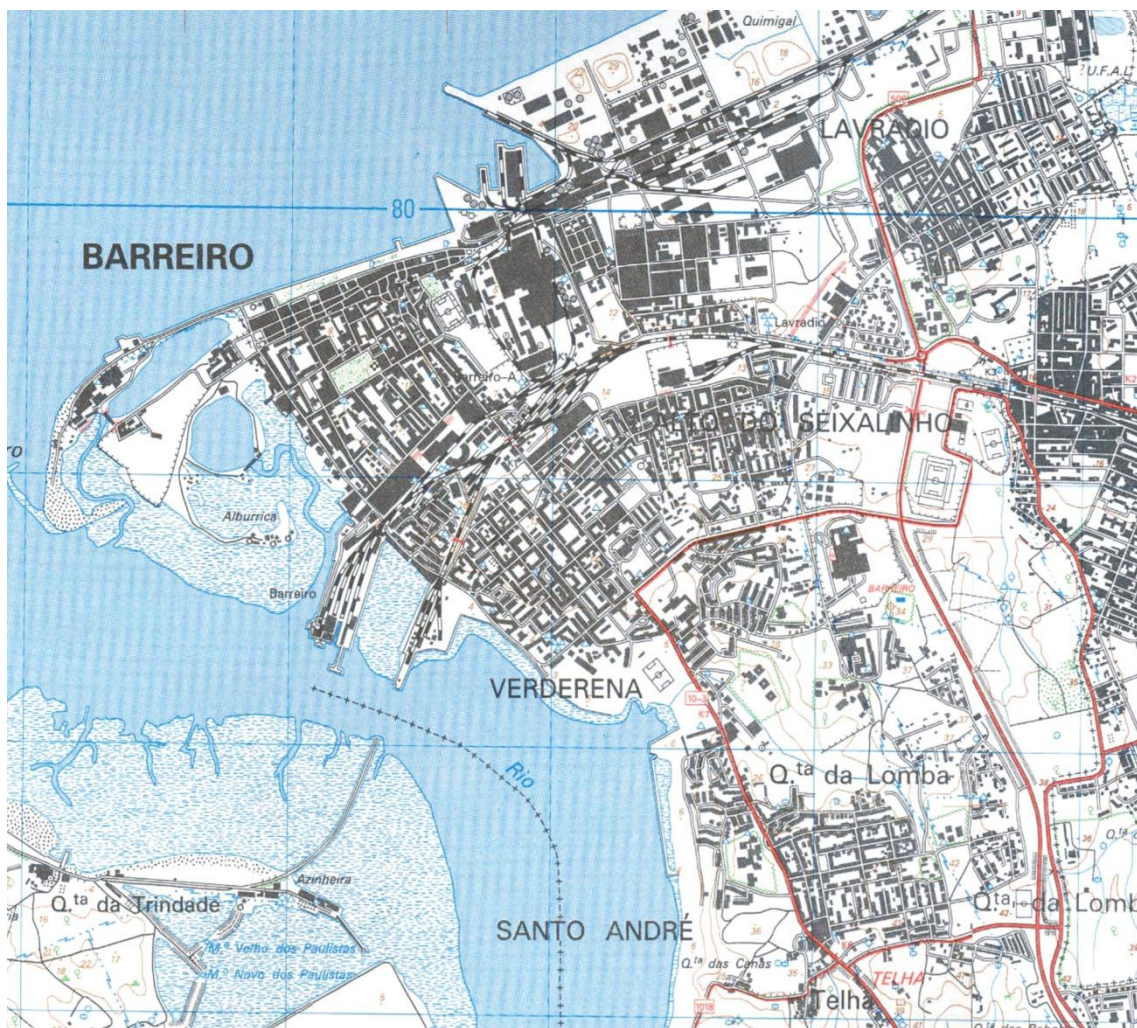
Anexo 5: Gráfico da evolução dos internamentos de Saúde Mental, por patologia (2013-2016)

Fonte: in *Programa Nacional para a Saúde Mental*, pág.5





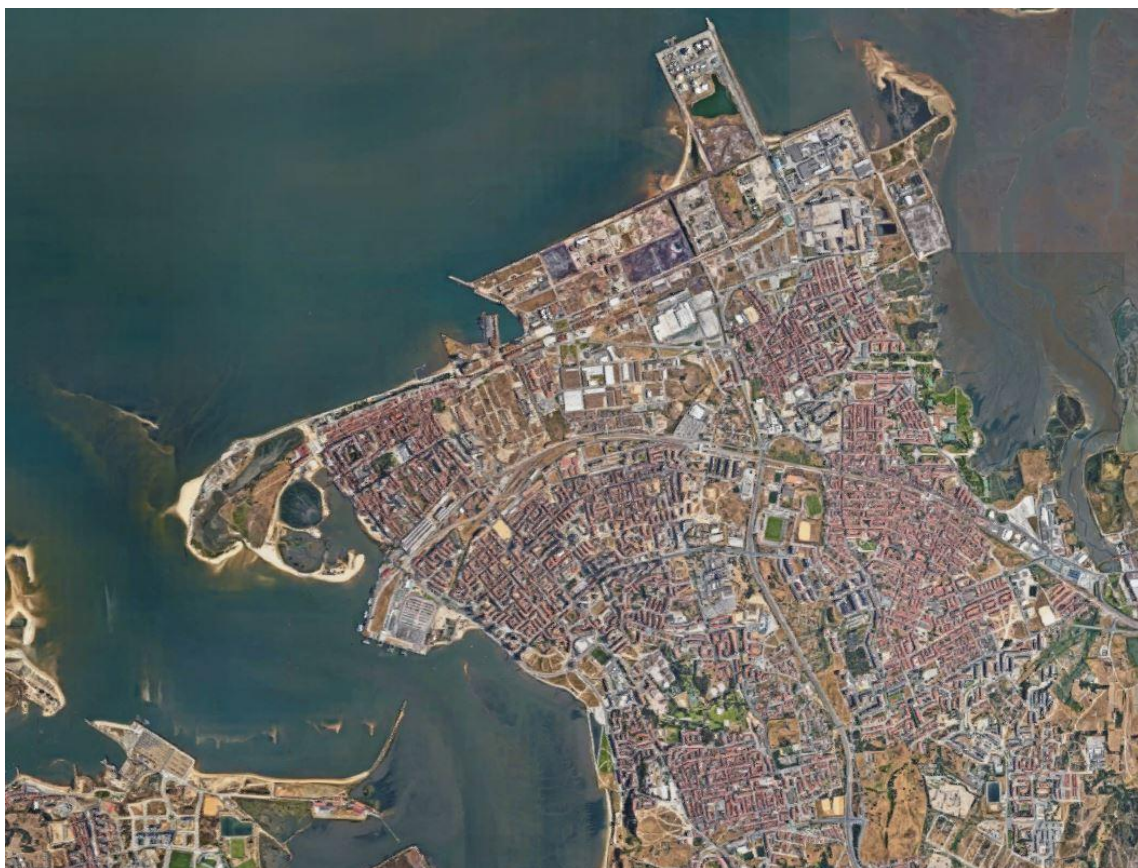
Fonte: IGC | 1953



Fonte: SCE | 1993



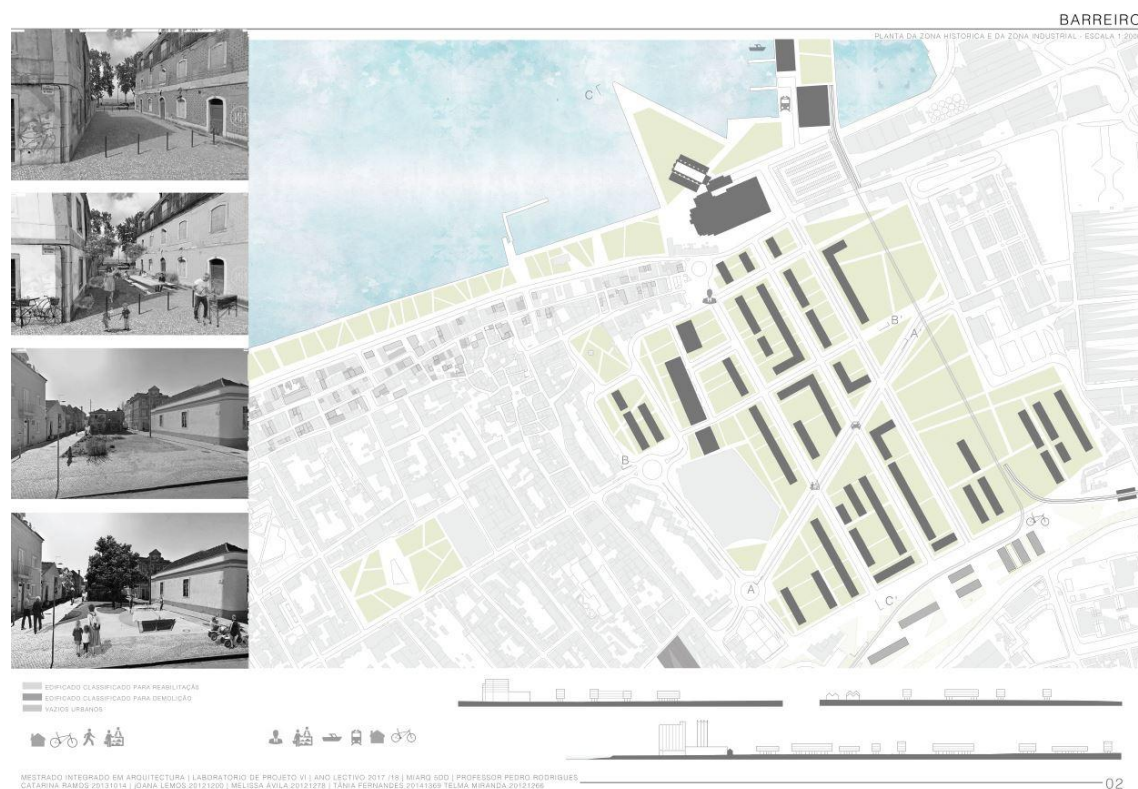
Fonte: IGP | 2002

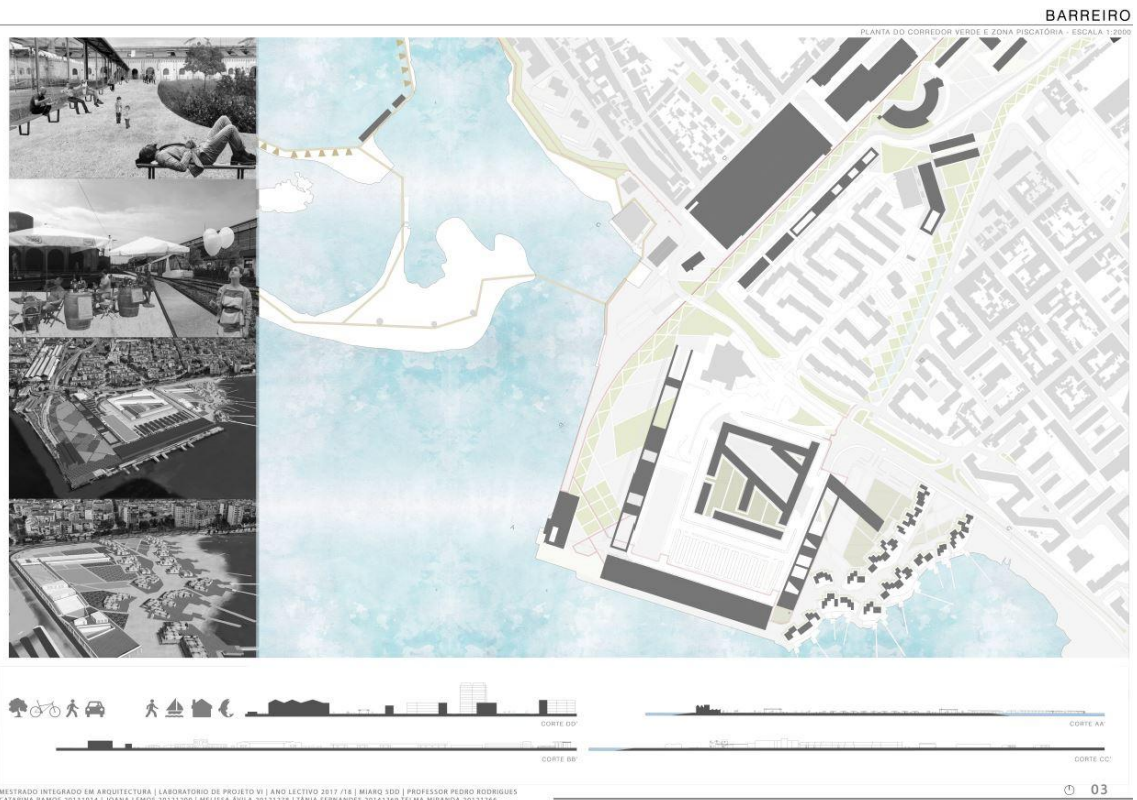


Fonte: Google Maps | 2018

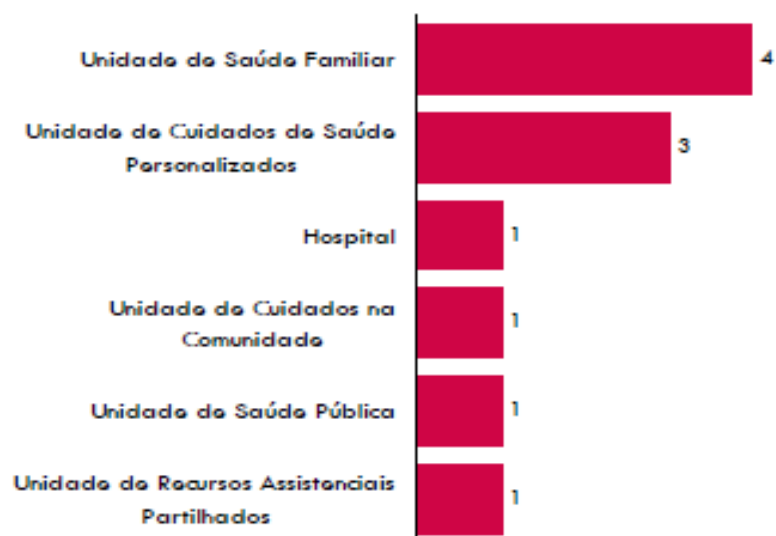
Anexo 7: Painéis finais da proposta urbana para a cidade do Barreiro

Fonte: trabalho realizado em grupo para a disciplina Laboratório de Projecto V, 1º Semestre

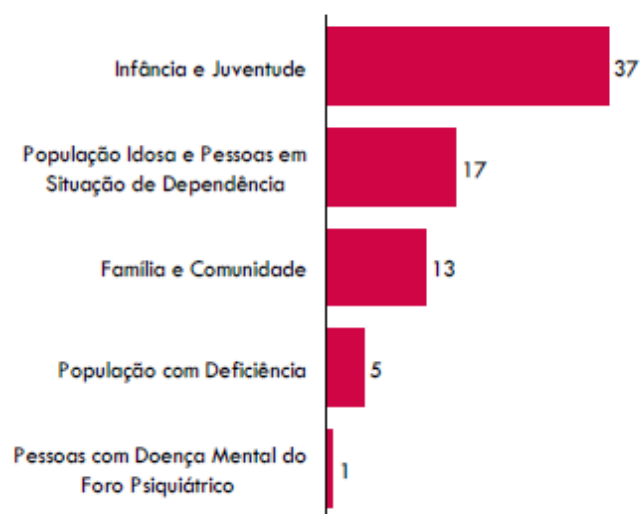




Anexo 8: Gráfico relativo aos equipamentos de saúde existentes no Barreiro, em 2011.
 Fonte: in *Estratégia de desenvolvimento Barreiro 2030*, pág.48



Anexo 9: Gráfico relativo aos equipamentos sociais por tipologia de público-alvo existentes no Barreiro, em 2013.
 Fonte: in *Estratégia de desenvolvimento Barreiro 2030*, pág.54



Fonte: trabalho realizado para a disciplina Seminários de apoio ao PFM, 2º Semestre

144

Anexo 11: Entrevista 1 (devido à sua extensa dimensão encontram-se apenas presentes os excertos com maior relevância).

Fonte: entrevista realizada pela autora

Depois de alguns contactos telefónicos a médica Margarida Mota pediu-me para que nos tratássemos de forma menos formal, visto que as nossas idades são parecidas e que se encontra no início da sua carreira profissional. Por esta razão, toda a entrevista foi feita num discurso simples e quase como se de uma conversa se trata-se.

Entrevistador: Psiquiatra Margarida Mota

Entrevistador: Autor

Data: 7 de Dezembro 2017

Boa tarde,

Sou aluna da faculdade de Arquitectura de Lisboa e estou a fazer um projecto final de mestrado sobre a criação de um Complexo Hospitalar de Saúde Mental para a cidade do Barreiro. Está inserido em Alburrica, num meio bastante verde e com vista directa para o rio. O meu tema de tese será “A influência da Arquitectura no processo de cura”, na qual tenho como objectivo criar espaços que sirvam de apoio médico e terapêutico para os doentes mentais e que promovam uma melhoria na qualidade dos tratamentos.

Por isso, o intuito desta entrevista é conseguir perceber a que doenças o meu projecto se irá destinar e quem são estes doentes, assim como o seu tipo de comportamentos no processo de internamento.

Primeiramente pedia para que te apresentasses e depois eu irei proceder para as questões.

O meu nome é Ana Margarida Mota, sou médica interna de psiquiatria, estou a tirar a especialidade de psiquiatria, no final do 3º ano, são 5. Trabalho no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, mas o meu serviço é mais concretamente esta unidade, que é o Centro Comunitário de Saúde Mental de Odivelas, que é um centro de mais proximidade à população.

(...)

Quais são as doenças mentais mais frequentes em Portugal?

As doenças mais frequentes são a ansiedade e a depressão. Muitas vezes, na medicina nacional de saúde, esses quadros nem sequer vão para a psiquiatria obrigatoriamente, são muitas vezes

são tratados pelos próprios médicos de família. E, para a psiquiatria reserva-se mais as doenças graves ou quando o médico de família não consegue gerir uma perturbação de ansiedade ou uma perturbação depressiva pode ir para a psiquiatria, mas são mais as perturbações psicóticas, as perturbações da personalidade, as perturbações depressivas graves, mas as mais frequentes são a depressão e a ansiedade.

Quais são os tipos de tratamentos que essas doenças normalmente são submetidas?

Depende do diagnóstico. Quadros mais ligeiros, numa fase inicial podem até passar mais pela psicologia. Claro que para todos os diagnósticos temos medicação. Depois consoante o diagnóstico depende da importância da medicação, a importância de outras terapêuticas como a psicoterapia, terapia ocupacional, depende também do regime de tratamento, se é em consulta ou se é numa fase de internamento, se é uma área de dia com actividades todos os dias ou hospital de dia, ou serviço de reabilitação.

O alcoolismo, o alzheimer e esse tipo de doenças também são consideradas doenças mentais?

Sim são. As demências, como a doença de alzheimer, estão numa fronteira entre a psicologia e a neurologia. Rigorosamente são mais doenças neurológicas, mas depois quando tem muitas alterações de comportamentos são muitas vezes tratadas na psiquiatria porque podem surgir sintomas psiquiátricos.

Em caso de internamento, quanto tempo mais ou menos eles costumam estar internados?

Depende muito do quadro clínico e da evolução do tratamento, pode até ser só necessário um dia. Mas a média que se tenta, são os 15 dias desejáveis. Meses é muito raro, ou uma doença que não está realmente a responder à medicação ou então às vezes são casos sociais que não se dá alta para não enviar a pessoa para a rua até se conseguir um plano para ele ter um lugar onde ir. Às vezes quando não é possível dar alta do internamento para casa, pode se dar alta para uma comunidade terapêutica ou um serviço de reabilitação.

Em relação à organização das doenças no internamento, os doentes mentais estão separados consoante o grau da doença? Essa divisão é por pisos?

Na maioria dos serviços de psiquiatria são internamentos de tudo, não há distinção entre patologia. Excepto no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, o antigo Hospital Júlio de Matos, que até à pouco tempo estavam realmente os serviços divididos por patologia, mas isso acabou recentemente. Antes havia um serviço mais para psicóticos, serviço mais para doenças afectivas

ou mudanças de humor, perturbações depressivas e perturbação bipolar, casos depressivos e ansiosos, ou outro serviço que era mais de psiquiatria geral e outros casos de perturbação de personalidade ... agora está por áreas de residência, como haviam muitas especialidades com vários serviços de internamento, antes era por áreas geográficas, depois tentou-se especializar e agora voltou a ser por áreas geográficas. Mas deve ter sido a única exceção do país porque o resto dos hospitais era tudo misto.

Ainda relativamente aos doentes internados, como é feita a sua segurança? Ou seja, existe sempre alguém a vigiá-los?

Geralmente os serviços de internamento são à porta fechada, portanto os doentes estão lá fechados. Quer dizer, há porta para a rua, não estão fechados no quarto, a não ser que alguém tenha tido um comportamento alterado e tenha de ir provisoriamente para o quarto de isolamento. Mas de resto tem os quartos, os corredores e os espaços comuns de convívio - o refeitório, alguns serviços tem sala de fumo, pátio, jardim – e, por isso, eles circulam nestes espaços. No serviço há permanentemente enfermeiros e auxiliares, depois os psiquiatras e outros técnicos como os assistentes sociais, psicólogos, etc, têm geralmente doentes atribuídos e vão falar com eles conforme for necessário, mas não estão lá para vigiar os doentes.

E como são feitas as idas dos doentes aos jardins exteriores? E as visitas dos familiares?

Há serviços que são circulares e que tem pátios no meio e os doentes grande parte do dia estão no pátio, acabando por estar limitados a esses pátios.

A nível das visitas isso também está legislado, normalmente há por exemplo uma sala própria para isso, ficava mesmo a entrada, mas do lado de fora da porta do internamento, pois havia uma porta mesmo para fora do pavilhão, às vezes a família pode estar com eles ali no corredor ou na salinha de espera.

(...)

Existe algum tipo de atividades laborais, físicas, terapêuticas ou algum tipo de atividades que estejam definidas para fazerem durante o dia?

Depende um pouco dos serviços, muitas vezes acabam por ter muito pouco, nós temos serviços de terapia ocupacional, mas os doentes quando necessitam de internamento não estão muitas vezes capazes de estar em ateliers. No internamento recordo-me de uma enfermeira que fazia um grupo com os doentes, mas às vezes têm um fisioterapeuta que realizam algumas atividades de relaxamento. Estas actividades são em grupo, depois o que é individual são as de

psicoterapia ou as de psicologia, muitas vezes têm a sala de estar com televisão onde têm uma mesa com jogos, livros, revistas, existe serviços que têm matraquilhos, mas não têm muitas atividades não. Mas lá está os doentes quando estão internados estão tão destabilizados que é difícil estarem em grupo ou estarem com muitas atividades, imaginemos que um doente está agressivo, nesses casos o importante não é estimular, é mesmo poucos estímulos, ou se um doente está maníaco com muita energia, não convém dar mais exercícios, queremos é que ele se acalme e não faça tudo e mais alguma coisa, mas sim existem atividades a menos.

Falando dos sintomas, a agressividade é o sintoma mais comum?

Depende, o que é que nos leva a internar mais os doentes, por exemplo os doentes em que haja risco de suicídio, vão para o internamento para tratar a doença de base e para protege-lo de estar em casa e tomar a decisão de tentativa de suicídio. Se acharmos que o risco de o fazer for bastante baixo podemos envia-lo para casa com a medicação. Doentes maníacos, ou seja, que estão muito acelerados que não dormem que podem ou não ter sintomas psicóticos também geralmente precisam de internamento quando já estão geralmente maníacos. Doentes psicóticos por exemplo com alucinações, depende como estiverem, alguns podem fazer medicação em casa, mas geralmente têm dificuldade em reconhecer que precisam de medicação, logo pode ser necessário internamento. Também existe o internamento para a desabitação alcoólica, pode também ser feito em casa, em certas situações mas quando existe risco, como por exemplo, ter que tirar a pessoa de casa por haver maior tentação de beber.

(...)

Normalmente quantas camas, ou seja quantos doentes existem por quarto?

Também depende, existem quartos com 2 com camas, quartos com 3, quartos com mais... Podem haver quartos com 6 mas com uma divisória no meio. E, a maioria dos quartos não têm casa de banho, tem fora, no corredor, que serve de casa de banho para aquela ala toda, havendo apenas a divisão entre casa de banho de homens e mulheres. Tem mais ou menos uma média de 20/25 camas por serviço, no Julio de Matos os residentes têm cerca de 5 serviços com mais ou menos 20 camas em cada.

Qual a diferença dos residentes?

No Julio de Matos creio que é dos únicos que tem, antigamente existiam doentes crónicos que viviam lá, o que não é desejável, o que se deseja é que sejam reintegrados. Houve doentes que se conseguiu integrá-los na comunidade, houve outros que não foi possível, porque ou não tem

família, ou já estão reformados. Depois também há os doentes de reabilitação, que vieram do internamento ou da consulta que não conseguem trabalhar por causa da doença, mas que se pensa que irá conseguir arranjar uma ocupação ou algum trabalho protegido algum curso, as vezes necessitam aprender coisas básicas como gerir dinheiro, higiene entre outros. Estes residentes vão para um serviço de reabilitação, com internamentos longos, que têm liberdade para vir à rua. Também existe a questão da medicação, pois não conseguem por vezes tomar conta de si próprios, serem autónomos, e então são integrados num serviço de reintegração para aprenderem a ser mais autónomos.

Mas depois acabam por sair de lá?

A não ser que não seja possível, por não terem família ou quem os possa ajudar, mas hoje em dia é bastante raro. Este serviço está dividido em vários níveis, um nível de mais dependência, em que estão mais dependentes e vão subindo de “nível” até que depois consigam ser colocados em apartamentos em Lisboa que são fornecidos pelo Julio de Matos, conseguindo ter um quatinho, mas que o objetivo sempre é uma autonomização crescente.

Quando estão internados, gostam de estar em algum local específico?

Muitos dos doentes mentais fumam, geralmente os doentes que fumam passam mais o tempo no pátio, geralmente não queremos que os doentes fiquem nos quartos, que se levantem a uma determinada hora, que tomem o pequeno almoço, que não estejam no quarto a dormir a cesta, óbvio que existem horas em que podem estar nos quartos, mas por normal evitar ao máximo que passem lá muito tempo. Em relação aos funcionários existem as salas de reuniões, os gabinetes médicos, gabinetes para entrevistar os doentes, existem salas de enfermagem, a sala para os assistentes sociais, os psicólogos também, o refeitório tem uma copa, e este refeitório é exclusivamente para os funcionários.

Existe alguma sala destinada a terapias sensoriais?

No Hospital não. Existe atividades de relaxamento onde se põe músicas e assim, mas nenhuma sala destinada para tal terapia sensorial. No primeiro piso temos é uma Ala “DIA” em que ai tem uma biblioteca, uma sala para grupo, um refeitório para os doentes, uma salinha para os doentes estarem, tem um ginásio, o Atelier, depois tem locais mais específicos como sala para ajuda para procura de emprego, ou em termos sociais.

Que características arquitetónicas é que achas que os espaços hospitalares desta natureza deveriam ter para responder a estes problemas mentais?

Um piso térreo pode ser preferível, depende tanto faz, mas num serviço de internamento, as janelas não podem ser fáceis de abrir ou partir. Mas num piso térreo, não existe o risco de suicídio mas facilita em questão de fuga. Também não convém escadas, existem serviços em que as escadas estão tapadas para que não se atirem por ai, têm umas grades ou uma parede para que não passem.

No Julio de Matos os serviços são circulares, mas acho que é mais difícil para as pessoas se orientarem no espaço, eu própria ao início para encontrar uma porta, andei às voltas, é preciso pelo menos ter referencias para saberem onde fica a casa de banho ou a copa, é uma das dificuldades que alguns doentes se referem e eu própria já senti. Temos que ter cuidado com tudo o que possa magoar, uma cadeira pode ser um objeto para atirar ou magoar, embora as cadeiras não estejam presas, mas por exemplo nas urgências idealmente os gabinetes médicos deveriam ter portas a abrir para fora de forma que, caso ficássemos presos com um doente, se o doente nos quisesse bloquear dentro do gabinete facilitaria a saída do mesmo. Há gabinetes que deveriam ter uma porta para o doente e uma porta de fuga caso houvesse necessidade, outra situação deveria ser um médico ficar do lado da porta e o doente do lado oposto.

Exposição de luz também creio que seja importante para a saúde mental, ter espaço exterior, onde possam caminhar, algum espaço para circular, os serviços que devem ser mais simpáticos são os serviços ambulatoriais. As cores não sei se são importantes, a exposição solar sei sim, entrar luz é importante, mas a cor mesmo não sei.

Há estudos que dizem que é importante manter o contacto com animais domésticos, nas residências... tenho um professor que fez um projeto sobre isso, e ele projetou um canil na zona exterior...

Eu acho que isso pode ser terapêutico de facto só que não num internamento, mesmo em termos de higiene não é o mais adequado, mas num serviço de reabilitação acho que sim, por exemplo, terem um programa em que cuidam dos animais, ajuda também a estabelecer rotinas e a cuidar. Por exemplo, o Julio de Matos uma coisa que eu acho engraçada, é que no espaço do parque de saúde temos jardins, quem é que trata dos jardins, há uma associação de doentes, em que as pessoas que tratam do jardim estão em formação em jardinagem, e aí então é uma formação mas também é terapêutico. Lavandaria, estão em formação em lavandaria e também é terapêutico. (...) há doentes aqui que porque não têm ocupação, ou que estão desempregados e precisam de formação, podemos encaminhar para a jardinagem ou lavandaria. Há lá também

uma outra associação que é a “Area” que da formação em restauração, então um dos sítios onde nós almoçamos, somos servidos por doentes que estão a aprender a parte dos serviços á mesa, etc.. mas que quer dizer não é só uma formação é também terapêutico, tem uma ocupação, um objetivo na vida, terem rotinas, sentirem-se uteis.

Por isso nesse sentido um canil pode ser. Há também lá uma horta por exemplo.. que também são eles que tratam. (...) mas o internamento são doentes muito doentes, e é para instituir medicação adequada, começarem a melhorar e depois o tratamento acaba ca fora, e depois a vida organiza-se ca fora.

Mas existe um ciclo? Eles saem do internamento e vão para as residências?

Depende do caso, por exemplo, uma pessoa que trabalha, e que foi internada em psiquiatria, pode ter alta, pode já estar bem para retomar o trabalho passado duas semanas, mas volta para a consulta, volta para o trabalho etc.. eu digo isto mais nas doenças mentais que tem realmente impacto a nível do funcionamento socio-ocupacional em que as pessoas não têm trabalho, têm grandes dificuldades a organizarem-se, esses e que vão para reabilitação. Ou seja, quando eles têm alta do internamento, podes encaminhar para consulta, encaminhar para um internamento mas que não necessita de ser tão restrito, para por exemplo um Hospital Dia, em que têm de lá ir todos os dias. Estão num regime de internamento dia, mas vão dormir a casa, pronto esses já têm um tipo de internamento diferente com atividades de psicologia terapia ocupacional.

Como a minha ideia é mesmo ter essas atividades todas, colocar isso tudo no programa para pessoas que não estejam lá, ou seja não tem que ser necessariamente para os internados, para pessoas que estejam em casa e que sofram dessas doenças e que vão ao local fazer essas atividades.

Uma coisa que estou a ver que colide um pouco com o plano nacional de saúde mental é que o plano nacional de saúde mental pretende acabar com os hospitais psiquiátricos.

No Hospital Amadora Sintra, há o internamento e o hospital dia e as consultas funcionam junto aos centros de saúde, por exemplo, nesses centros psiquiátricos, junto aos centros de saúde tem atividades socio-ocupacionais. A maioria dos hospitais públicos não tem reabilitação bem estruturada, o Hospital Beatriz Angelo, tem hospital dia mas não tem estruturas comunitárias.

(...) Estruturas comunitárias é tentares chegar a psiquiatria perto da comunidade, depois dependendo da estrutura tens muitas coisas diferentes, algumas são só consultas enfermagem e pouco mais perto da comunidade mas idealmente é a estrutura deste género, em que tens consultas de psiquiatria, psicologia, tens assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas

ocupacionais, podes ter Área dia, Hospital Dia, podes ter atividades em que as pessoas só vêm cá fazer essas atividades.

(...)

A tua sugestão seria que eu cria-se um Hospital Geral?

Não! A minha sugestão seria mais, fazer uma estrutura comunitária em que, Hospital de Dia ou Áreas de Dia, serviços de reabilitação e consultas mas deixas o internamento de agudos para um Hospital Geral. Porque o que faz falta a Portugal é estas estruturas comunitárias, ter isto para oferecer e não só internamento e consulta, que é o que existe na maioria dos Hospitais. O que falta são estruturas mais de reabilitação em que o objetivo não é o internamento dos doentes e em que tens atividades que as pessoas vão com agrado às consultas. Depois podes ter um serviço de reabilitação e com algumas pessoas lá alojadas, no sentido daquele treino de competências de vida diária, por exemplo, um serviço de reabilitação e uma Área dia ou Hospital dia, e consultas e atividades de terapia ocupacional.

Em relação à realidade Portuguesa e um pouco Internacional, a ideia é que um serviço de psiquiatria está integrado num hospital geral e as estruturas comunitárias é o que falta realmente, em que as pessoas ou seja, um doente psiquiátrico, não tem de ir ao hospital, pode ir lá para consultas e actividades. Tudo isto para os doentes psiquiátricos sim, pois a reabilitação não é física, é social e mental. Eu acho é que, pelo o que tu estás a querer projetar, não fazia sentido um internamento de agudos, e sim ser mais uma coisa, a apostar na reabilitação, fazendo sentido as atividades todas que tu queres e não só para esses, e também para os que vêm de fora.

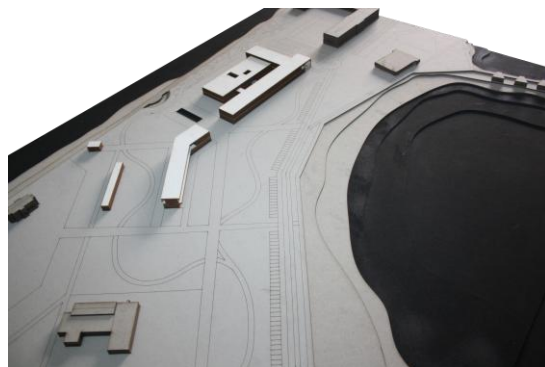
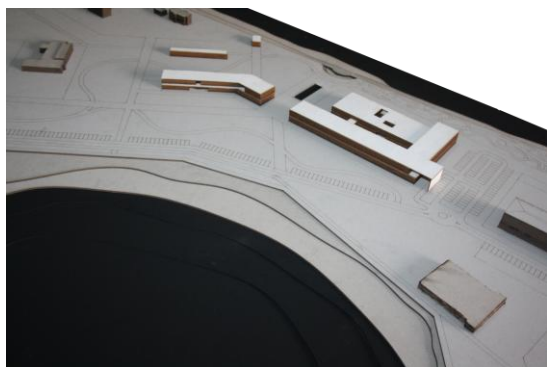
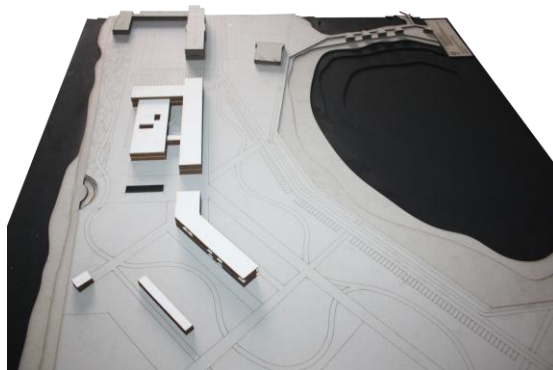
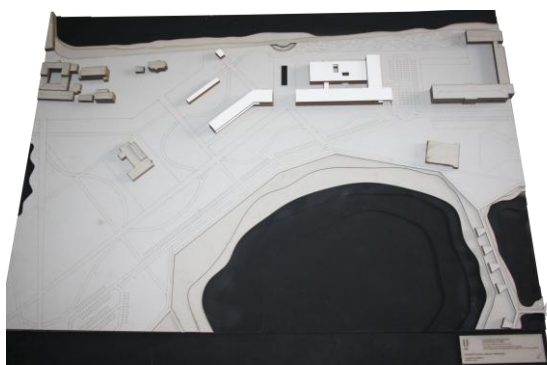
(...)

Secalhar mudando a questão do internamento agudo para os doentes residentes, acabo por fugir um pouco ao meu tema “A influência da Arquitectura no processo de cura”...

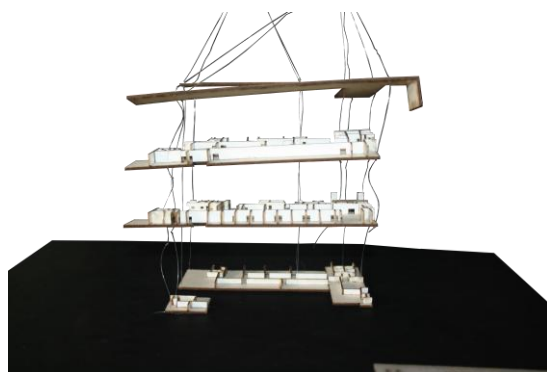
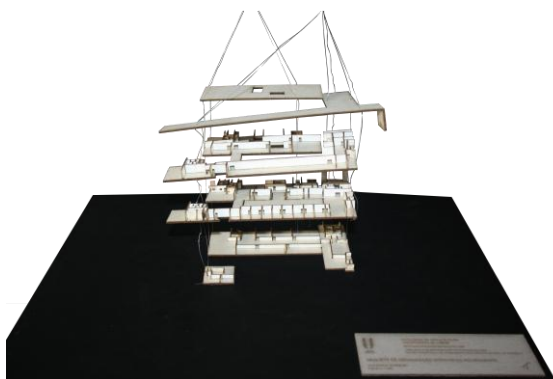
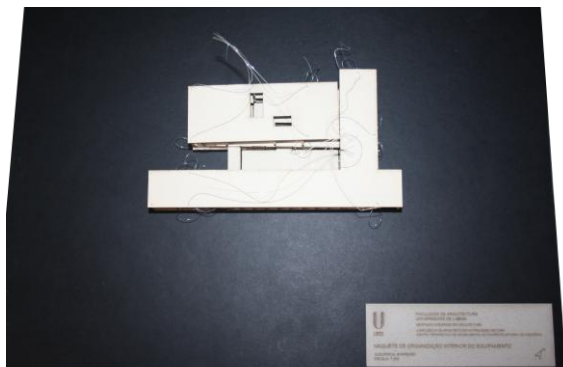
Mas é que o processo de cura é em grande parte pós-internamento. A maior parte destes doentes, são doentes crónicos, que depois precisam de um tratamento continuo em ambulatório, ou seja, praticar todas estas actividades terapêuticas. É uma questão de mudares o nome hospitala, porque realmente a arquitectura é mais importante nestes locais do que propriamente no internamento, onde os doentes apenas estão como passagem rápida e sobre medicação.

MAQUETES FINAIS

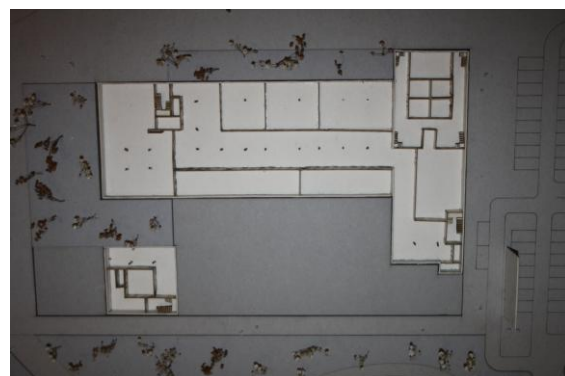
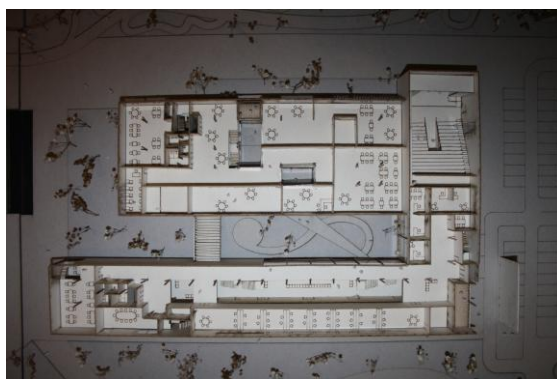
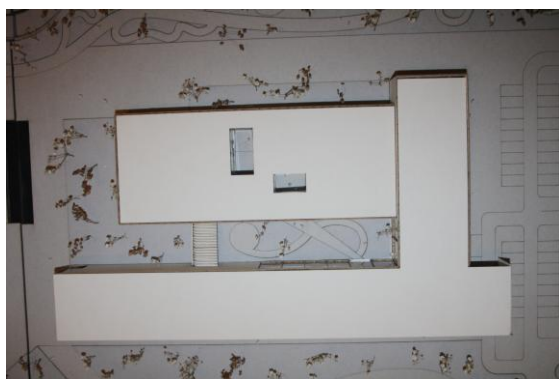
Maquete do urbano e edificado proposto – escala 1.500



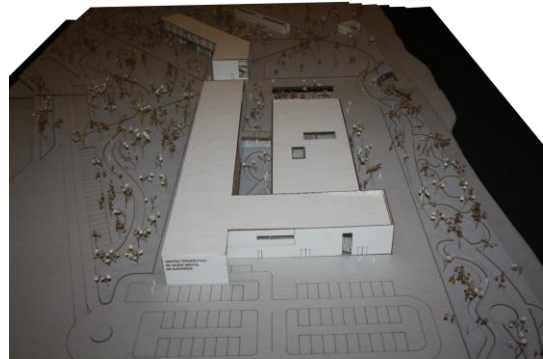
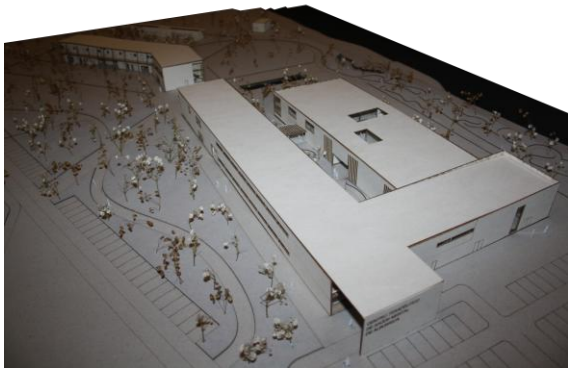
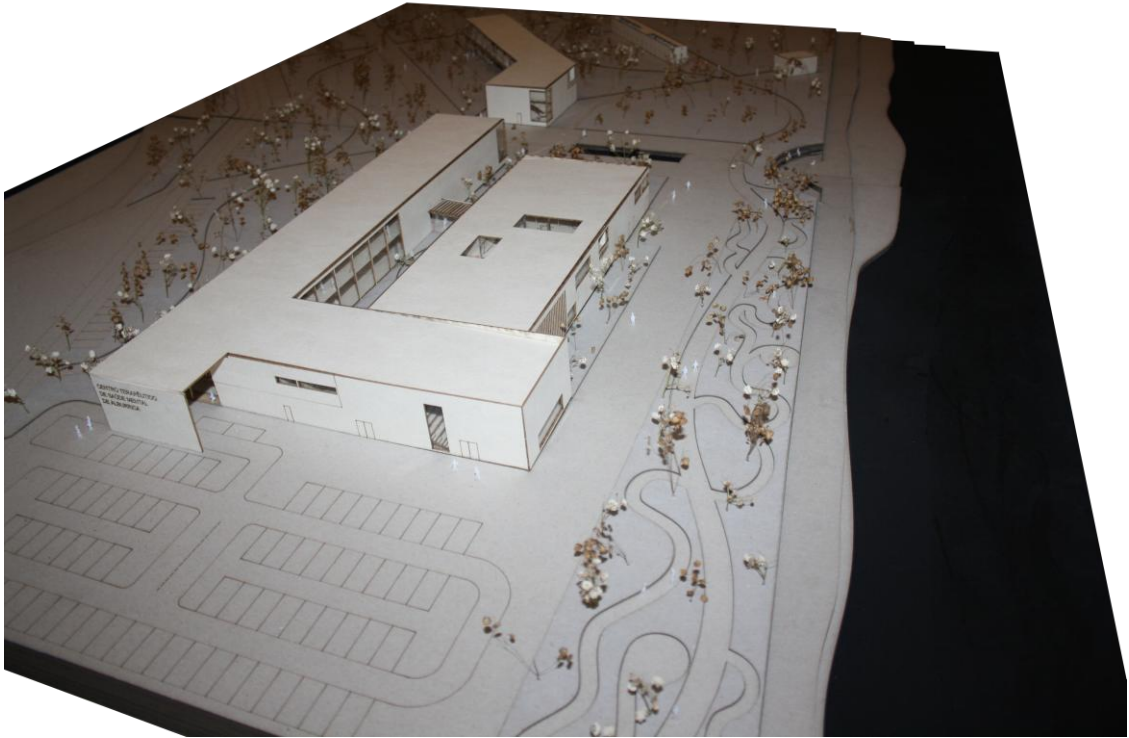
Maquete dos espaços interiores do edificado proposto – escala 1.500

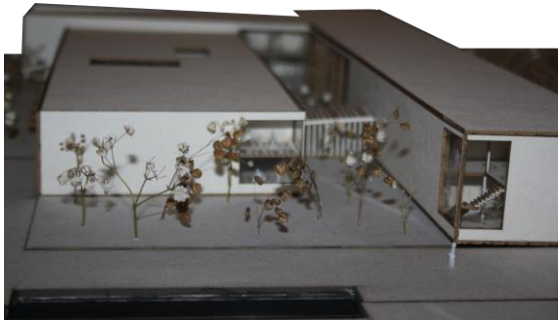


Maquete da proposta arquitectónica – escala 1.200



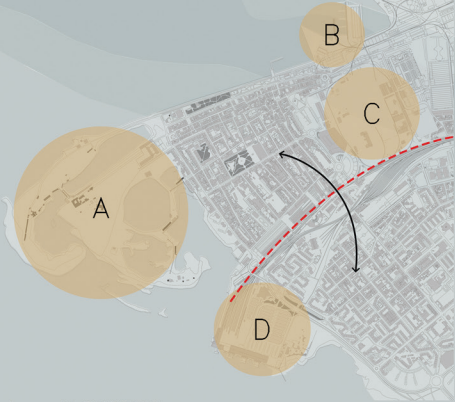






PAINEIS FINAIS

ESQUEMA DAS ÁREAS INTERVENIONADAS DA PROPOSTA URBANA



A — ALBURRICA

- NOVA PRAÇA QUE INTERLIGA ALBURRICA À ZONA HISTÓRICA
- NOVO ESTACIONAMENTO QUE MELHORA A ACESSIBILIDADE ÀS PRAIAS REQUALIFICADAS
- PROJECTO DE UM PARQUE URBANO, COM DIFERENTES ZONAS VERDES, PASSADIÇOS DE MADEIRA, CICLOVIA E ESPAÇOS AMPLOS PARA ACTIVIDADES AO AR LIVRE
- ZONA DESTINADA À PESCA E OUTRA PARA ACTIVIDADES NÁUTICAS, PARA ATRAIR A COMUNIDADE LOCAL
- REABILITAÇÃO DA QUINTA, MOINHOS DE VENTO E MARÉ PARA LOCAIS DE TURISMO RURAL, INTERLIGANDO OS OBJECTOS DE VALOR HISTÓRICO, PATRIMONIAL, CULTURAL E URBANO.

B — ZONA HISTÓRICA

- REQUALIFICAÇÃO DO ESPAÇO URBANO E REABILITAÇÃO DO EDIFICADO, DE FORMA A MANTER A IDENTIDADE LOCAL E VIVÊNCIA BAIRRISTA
- RELOCALIZAÇÃO DA ESTAÇÃO TERMINAL FERROVIÁRIA E FLUVIAL

C — ZONA EMPRESARIAL

- ÁREA DESTINADA A ACTIVIDADES EMPRESARIAIS, COM EDIFICADO DE BAIXA DENSIDADE (PISO TERREO COM COMÉRCIO E OS RESTANTES PISOS COM SERVIÇOS)
- REQUALIFICAÇÃO DE ESPAÇOS VERDES E LAZER, COM CICLOVIA E CAMINHOS PEDONAIS

D — CORREDOR VERDE E ZONA PISCATÓRIA

- APROVEITAMENTO DAS ANTIGAS INSTALAÇÕES DOS CAMINHOS DE FERRO, CRIANDO UM CORREDOR VERDE NAS ANTIGAS LINHAS DE CAMINHO DE FERRO, DE FORMA A LIGAR A ZONA C A ESTA FRENTE RIBEIRINHA
- AS ANTIGAS INSTALAÇÕES DE APOIO AO CAMINHO DE FERRO, FORAM REQUALIFICADAS PARA NOVOS USOS CULTURAIS E DESPORTIVOS
- A ANTIGA ESTAÇÃO PASSOU A SER UMA PEQUENA MARINA HISTÓRICA
- A ZONA DE PESCADORES TEM ARMAZENS PRIVADOS DE APOIO E CRIOU-SE TAMBÉM UM PEQUENO COMPLEXO HABITACIONAL DE BAIXA DENSIDADE

ESQUEMA DE CONEXÕES E ACESSIBILIDADES



ESQUEMA DE ÁREAS VERDES



ESQUEMA DE VAZIOS URBANOS



PROBLEMÁTICAS/QUESTÕES DE TRABALHO

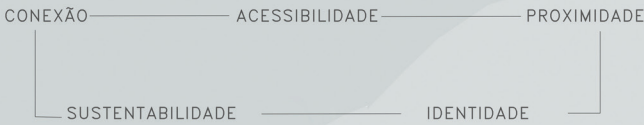
- PERCEBER QUE TIPO DE INTERVENÇÕES DEVEM SER FEITAS NOS VAZIOS URBANOS, PARA QUE ESTES VOLTEM A FAZER PARTE DA VIVÊNCIA DA CIDADE
- COMPREENDER QUAIS OS NOVOS USOS QUE FAZEM FALTA A ESTA POPULAÇÃO E COMO INTRODUIZÍ-LOS DE MANEIRA A MANTER A MEMÓRIA E IDENTIDADE DO PATRIMÓNIO LOCAL
- ENTENDER COMO INTEGRAR AS ANTIGAS LINHAS FERREAS NA ESTRUTURA DA CIDADE, DE MODO A QUE ESTAS DEIXEM DE SER UMA BARREIRA FÍSICA

OBJECTIVOS

- CRIAÇÃO DE NOVOS USOS DE FORMA A ATRAIR DIFERENTES PESSOAS E TERMINAR COM A IDEIA DE CIDADE DORMITÓRIO
- INTRODUIZIR NOVOS ESPAÇOS PÚBLICOS REQUALIFICADOS, TORNANDO OS VAZIOS URBANOS E O PATRIMÓNIO ACTUALMENTE ABANDONADO, EM PONTOS DE INTERESSE, DE CONVÍVIO E LAZER
- CRIAR NOVOS EIXOS DE LIGAÇÃO DE FORMA A CONECTAR E APROXIMAR MELHOR AS VÁRIAS ÁREAS DE INTERVENÇÃO, POSSIBILITANDO NOVAS ACESSIBILIDADES A LISBOA

ESTRATÉGIAS

- ENTENDER O CARÁCTER DESTA LUGAR E REVITALIZAR O SEU PATRIMÓNIO CONSTRUÍDO, DE FORMA A DINAMIZAR A CIDADE E RETOMAR A SUA IDENTIDADE LOCAL



FOTOS LOCAIS DO BARREIRO





PISO 1

1 ALA TERAPÊUTICA/TRATAMENTO

SALA DE CONVÍVIO 149M²
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS 30M²
SALA DE MÚSICA 140M²
SALA DE COMPUTADORES 44M²
SALA DE TEATRO 55M²
2 SALAS POLIVALENTES QUE PODEM JUNTAR-SE DE 84M² E 22M²
GABINETE OCUPACIONAL 61M²
SALA DE TECELAGEM 203M²
SALA DE CERÂMICA 113M²
SALA DE PINTURA 104M²
ARRUMOS 28M²
ZONA DE ESTAR EXTERIOR (VARANDA) 19M²

2 ALA CIENTÍFICA

BIBLIOTECA 138M²
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS 30M²
SALA DE REUNIÕES 65M²
LABORATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO 292M²
ARQUIVO DO LABORATÓRIO 22M²
SALA DE REUNIÕES 15M²
3 GABINETES DE TRABALHO COM 23M², 49M² E 55M²
ZONA DE ESTAR EXTERIOR (VARANDA) 52M²

3 AUDITÓRIO

ÁREA TÉCNICA LUZ 34M²
ÁREA TÉCNICA 51M²
AUDITÓRIO COM CAPACIDADE PARA 231 PESSOAS

4 RESIDÊNCIAS

SALA DE ESTAR 113M²
ZONA DE BANHOS ASSISTIDOS 18M²
QUARTO VIGILANTE 34M² COM VARANDA DE 9M²
ANFITEATRO 203M²
GALERIA 127M²
5 QUARTOS DUPLOS DE 56M² COM VARANDA COMUM DE 8M²
5 QUARTOS SINGULARES DE 34M² COM VARANDA COMUM DE 8M²

PISO 0

5 AUDITÓRIO

RECEPÇÃO/BENGALERO 10M²
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS 25M²
2 CAMARINS DE 22M²
PALCO 49M²

6 ALA MÉDICA

GABINETE ADMINISTRATIVO 28M²
BACK OFFICE E FRONT OFFICE 20M²
7 GABINETES MÉDICOS DE 27M²
VESTIÁRIOS E COPA DE FUNCIONÁRIOS 50M²
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS 30M²
BIBLIOTECA 138M²
BAR 55M²
SALA DE EXPOSIÇÕES 29M²

7 ALA TERAPÊUTICA/TRATAMENTO

COZINHA 90M²
REFEITÓRIO 180M²
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS 30M²
SALA DE CONVÍVIO 170M²
PÁTIO INTERIOR 47M²
GABINETE MÉDICO 22M²
SALA SNOEZELEN 40M²
SALA DE TRATAMENTOS ELECTROMAGNETICOS 49M²
SALA DE FISIOTERAPIA 50M²
LAVANDARIA 45M²
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS COM BALNEÁRIOS 95M²
PISCINAS TERAPÊUTICAS 110M²
PÁTIO CENTRAL COM LIGAÇÃO À ALA MÉDICA 119M²

8 RESIDÊNCIAS

SALA DE CONVÍVIO 218M²
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS 25M²
2 LOJAS DE 75M²
2 LOJAS DE 42M²

9 ESPAÇO PÚBLICO

ANFITEATRO 203M²
CAPELA 46M²
CANIL/GATIL 160M²
HORTAS
JARDIM TERAPÊUTICO
ESTACIONAMENTO COM 182 LUGARES

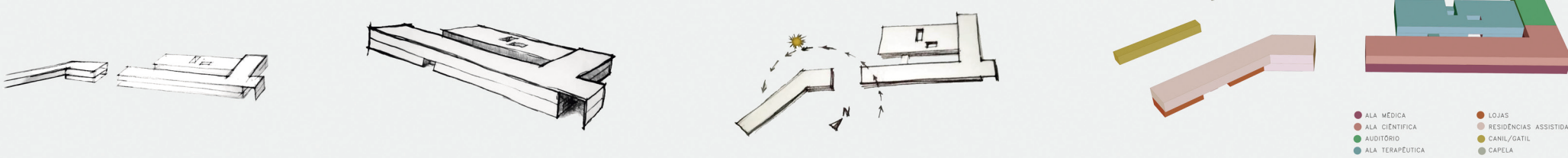
PISO -1

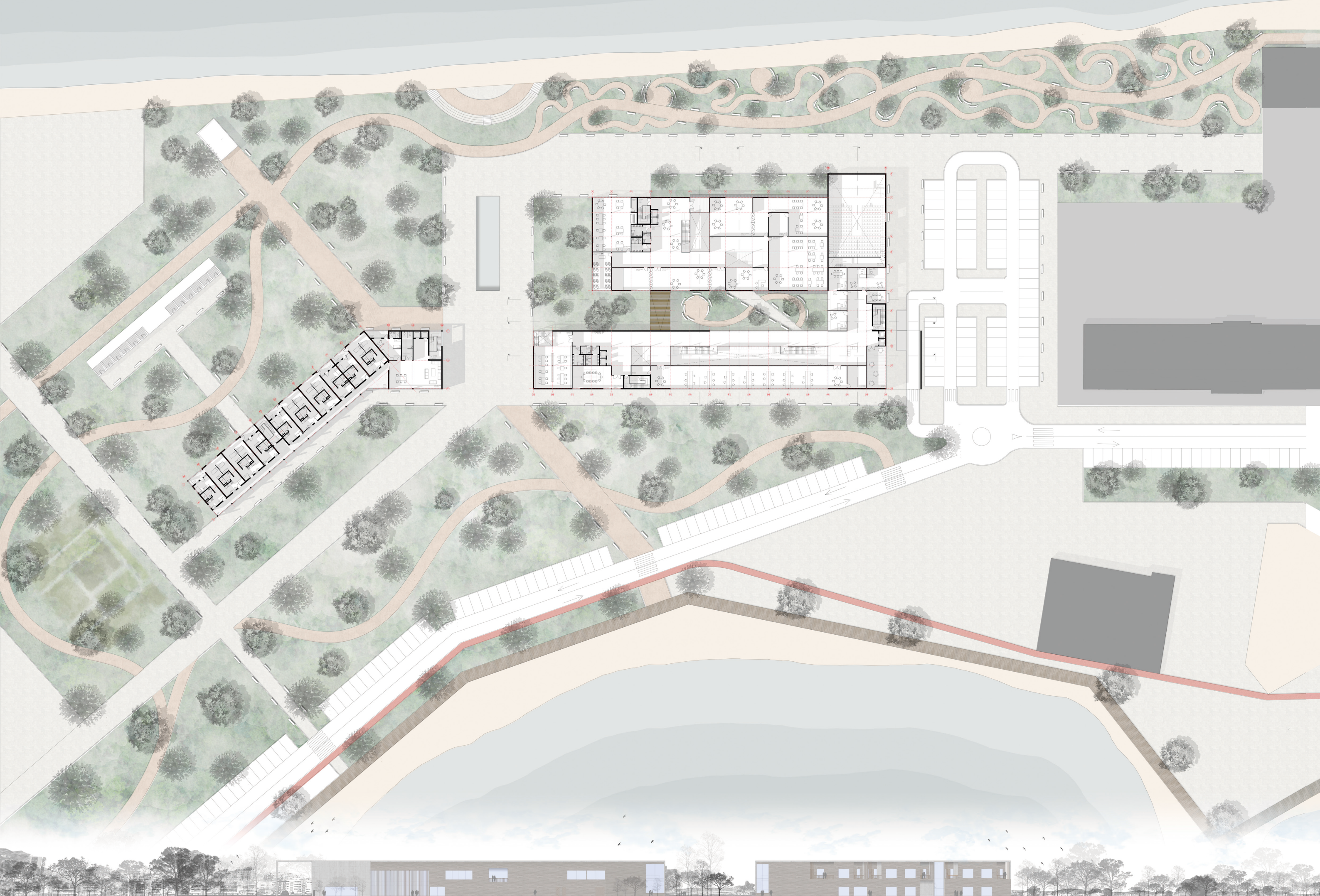
10 ÁREAS TÉCNICAS

ARMAZÉM 319M²
SALA DE GASES MEDICINAIS 85M²
SALA AVAC 104M²
DEPÓSITOS PISCINA 203M²
SALA UPS (GERADOR) 106M²
SALA GERAL 145M²

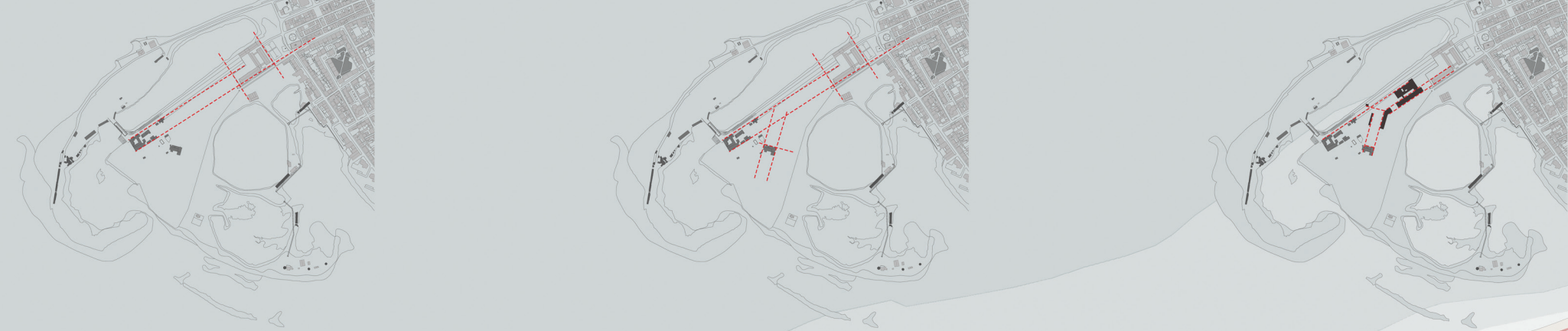
11 ÁREAS TÉCNICAS – AUDITÓRIO

ARMAZÉM 148M²
4 CAMARINS DE 15M²
ZONA COMUM DE CAMARINS 152M²
ARRUMOS 48M²





PROCESSO DE DESENHO : A PROCURA DE EIXOS ESTRUTURANTES NA ZONA DE ALBURRICA PARA A COMPOSIÇÃO VOLUMÉTRICA FINAL DO OBJECTO ARQUITECTÓNICO



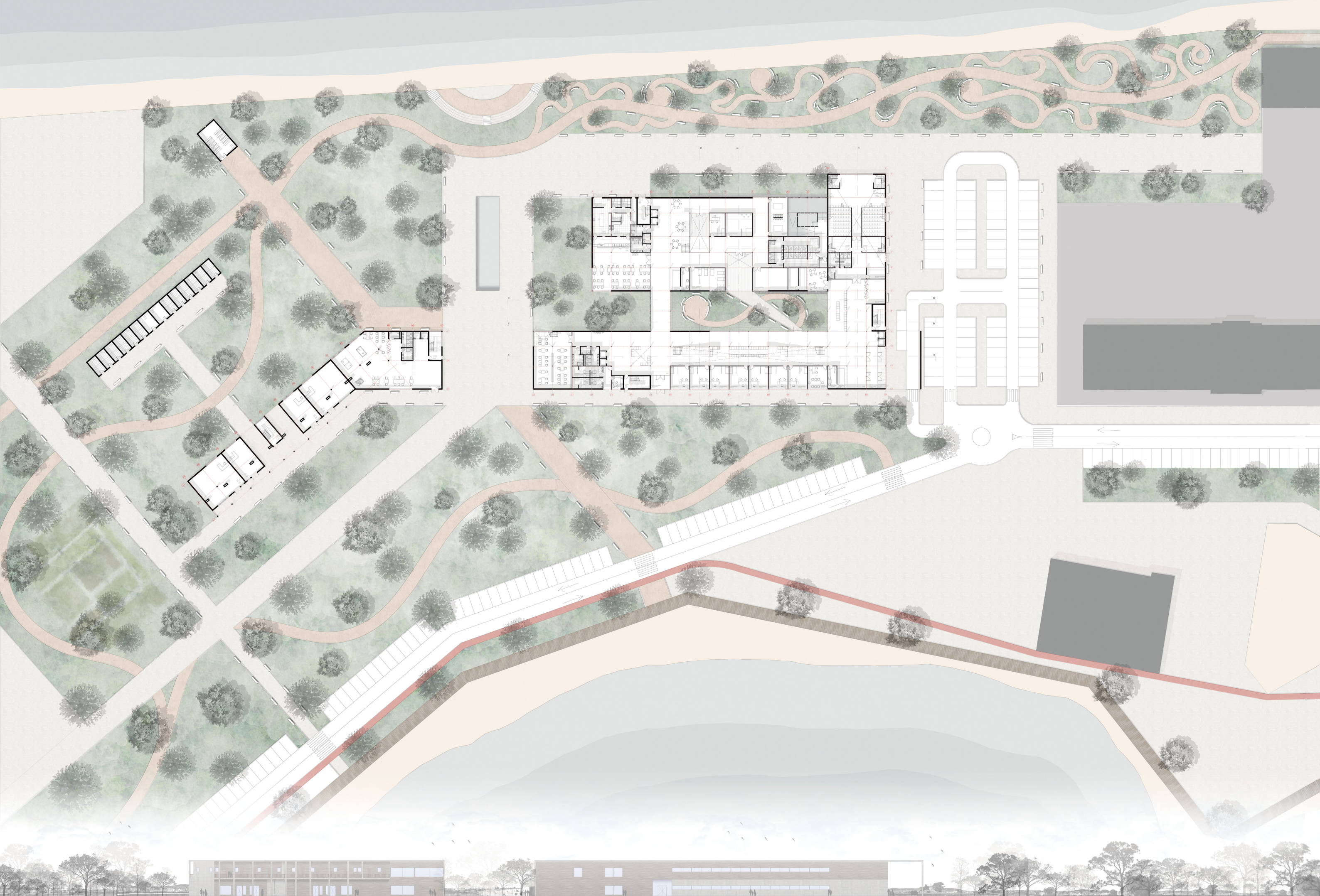
PROBLEMÁTICAS/QUESTÕES DE TRABALHO

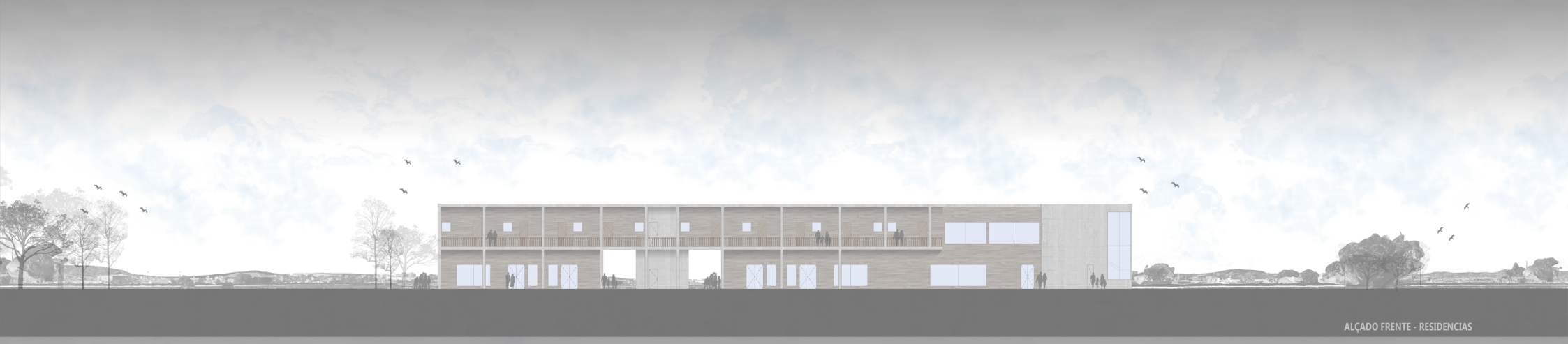
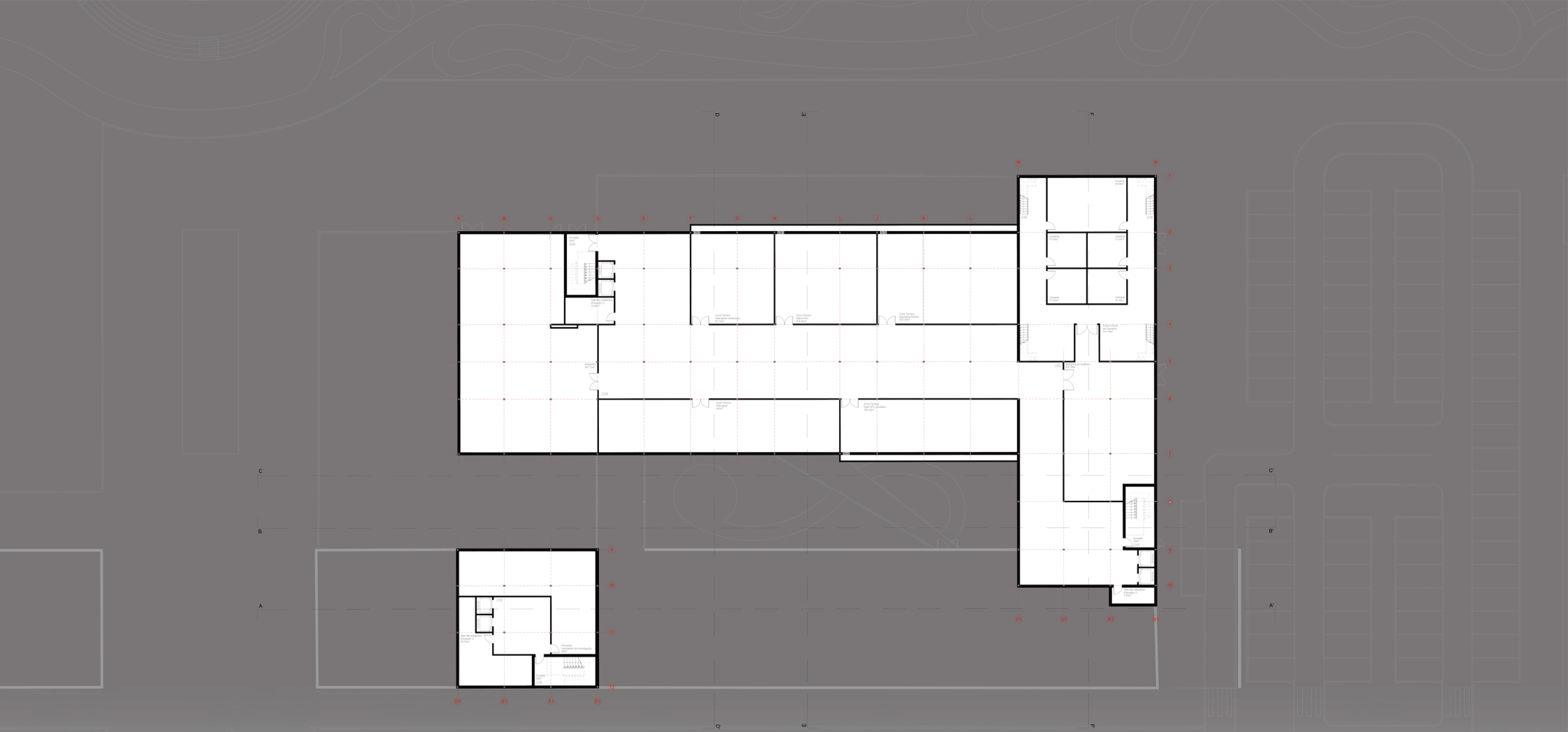
- PERCEBER COMO SE PODE REQUALIFICAR ALBURRICA, DE FORMA A INFLUENCIAR A RESTANTE CIDADE (BARREIRO)
- ENTENDER DE QUE MANEIRAS AS CARACTERÍSTICAS NATURAIS DO LOCAL PODEM SER ENQUADRADAS NUM NOVO EQUIPAMENTO DE SAÚDE
- COMPREENDER COMO DEVE SER FEITA A INTEGRAÇÃO DE VÁRIOS USOS E FUNÇÕES NUM ÚNICO EDIFÍCIO
- CONCLUIR DE QUE FORMA A ARQUITECTURA PODE SERVIR COMO RECURSO TERAPÉUTICO PARA DOENTES DO FORO PSICOLÓGICO

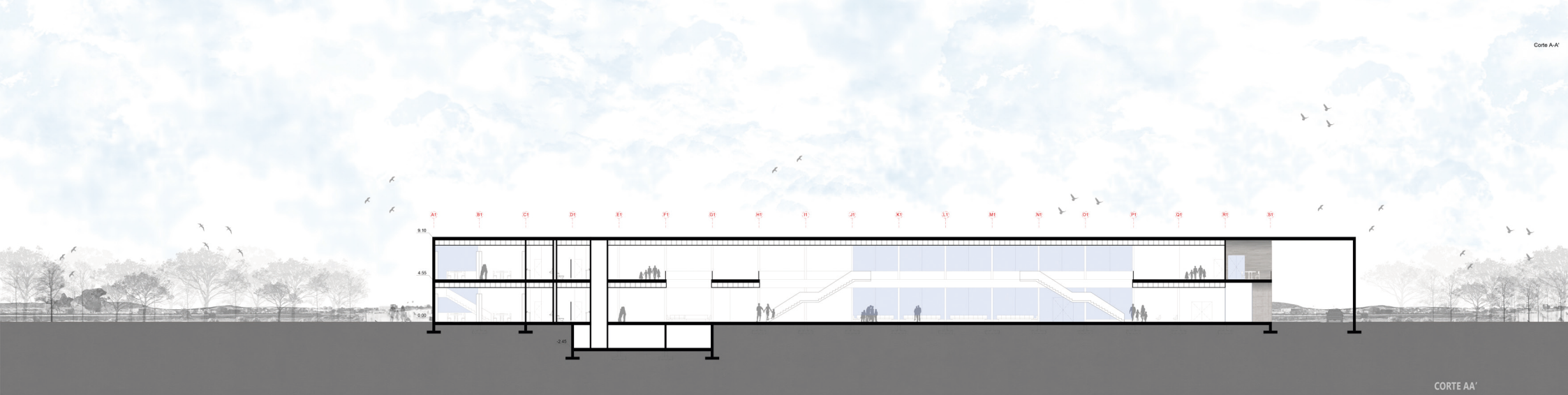


FOTOS LOCAIS DE ALBURRICA:

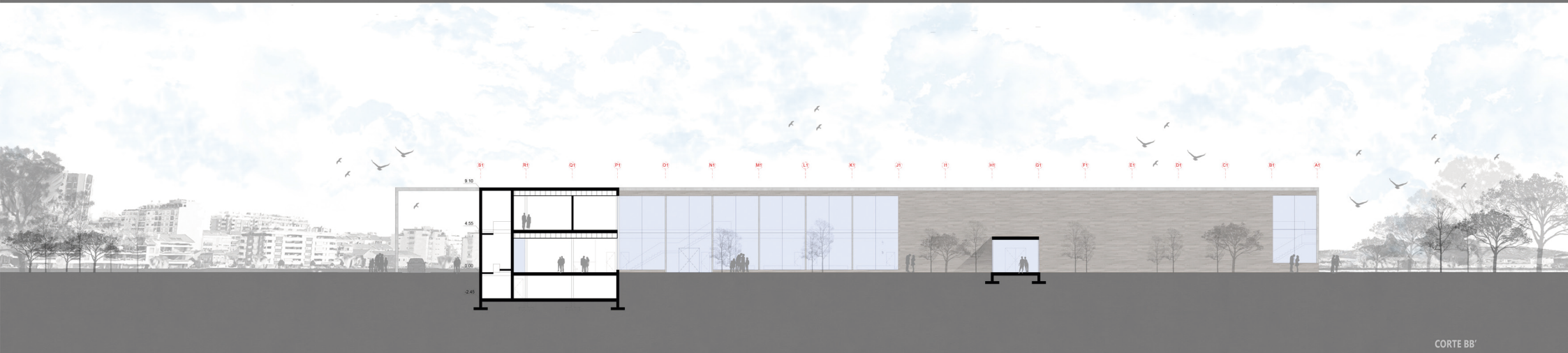








CORTE AA'



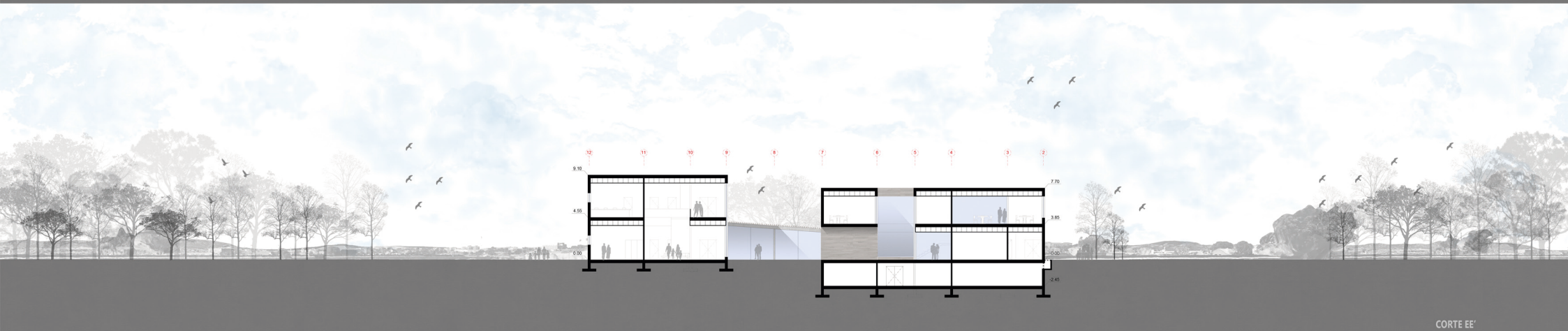
CORTE BB'



CORTE CC'



CORTE DD'



CORTE EE'



CORTE FF'



